

Вх. №...../ .....

ДО „ПОД ДаллБогг: Живот и Здраве“ ЕАД

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА ОТ  
УНИВЕРСАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД „ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“**

**ДАНИИ ЗА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ**

....., /три имена/ ЕГН: ....., л.к.  
№....., изд. от: ..... гр. ...., на ..... г., или за чужденец:  
легитимационен документ (вид, серия, №, дата и място на издаване, срок на валидност)  
....., дата на раждане  
..... г., месторождение: ....., гражданство: ....., постоянен  
адрес: обл. ...., п.к. ...., гр./с. ...., ж.к./бул./ул. .... № .....,  
бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., тел. ...., настоящ адрес: обл. ....,  
п.к. ...., гр./с. ...., ж.к./бул./ул. .... № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ....,  
ап. ...., тел. ...., e-mail: .....,  
държава, в която лицето е установено за данъчни цели ..... \*

*\*попълва се на основание чл.73а, ал.2 от Закона за данъците върху доходите на физически лица само от местни лица на друга държава-членка на Европейския съюз*

**ДАНИИ ЗА  НАСЛЕДНИК/  ПЪЛНОМОЩНИК ИЛИ  ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ**

....., /три имена/ ЕГН: ....., л.к.  
№....., изд. от: ..... гр. ...., на ..... г., или за чужденец: легитимационен  
документ (вид, серия, №, дата и място на издаване, срок на валидност),  
....., дата на раждане:  
..... г., месторождение: ....., гражданство: ....., постоянен  
адрес: обл. ...., п.к. ...., гр./с. ...., ж.к./бул./ул. .... № .....,  
бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ...., настоящ адрес: обл. ...., п.к. ...., гр./с.  
....., ж.к./бул./ул. .... № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....,  
тел. ...., e-mail: .....

**I. ПРИ ПРИДОБИВАНЕ ПРАВО НА ДОПЪЛНИТЕЛНА ПОЖИЗНЕНА ПЕНСИЯ ЗА СТАРОСТ**

- 1. ЖЕЛАЯ ПОЛУЧАВАНЕ НА ДОПЪЛНИТЕЛНА ПОЖИЗНЕНА ПЕНСИЯ, ОТ СЛЕДНИЯ ВИД:**
- 1.1.**  Без допълнителни условия;
- 1.2.**  С период на гарантирано изплащане: ..... /посочват се от 2 до 10 години/;
- 1.3.**  Допълнителна пожизнена пенсия, включваща разсрочено изплащане на част от средствата до навършване на избрана от пенсионера възраст.
- ❖ Срок на разсроченото плащане по т.1.3 ..... месеца /Срокът на разсрочените плащания не може да бъде по-малък от 2 месеца/;
  - ❖ Размер на разсроченото плащане по т.1.3 ..... /не може да бъде по-голям от минималния размер на пенсията за осигурителен стаж и възраст по чл. 68, ал. 1 от КСО към същата дата и по-малък от 15 на сто от нейния размер/.
- Желая размерът на пенсията ми по т.1.1-т.1.3 да бъде изчислен въз основа на:  брутния размер на осигурителните вноски;  постъпилите средства по партидата ми с прилагане на рисков коефициент.
- 2.**  В случай, че натрупаните средства по индивидуалната ми партида не са достатъчни за изплащане на допълнителна пожизнена пенсия за старост, желая да ги получа под формата на разсрочено плащане.
- ❖ Срок на плащанията по т.2 ..... месеца /Срокът на разсрочените плащания не може да бъде по-малък от 2 месеца/.
- 3.**  В случай, че натрупаните средства по индивидуалната ми партида не са достатъчни за изплащане на допълнителна пожизнена пенсия за старост или за разсрочено плащане, заявявам, че желая да ги получа под формата на еднократно изплащане.
- 4.**  На основание чл. 167а, ал. 8 от КСО еднократно или разсрочено изплащане на средствата, натрупани по индивидуалната партида, разкрита след сключване на пенсионен договор или на договор за разсрочено изплащане
- еднократно;
  - разсрочено, с ..... брой плащания, период на получаване ..... (месеца).

**II. ПОРАДИ ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ НАД 89.99 НА СТО, ЖЕЛЯЯ ДА МИ БЪДЕ ОТПУСНАТ СЛЕДНИЯ ВИД ПЛАЩАНЕ:**

1.  еднократно изплащане на ..... % (словом .....) от средствата по индивидуалната партида / посочват се до 50% от средствата по индивидуалната партида/;
2.  разсрочено изплащане на ..... % (словом .....) от средствата по индивидуалната партида / посочват се до 50% от средствата по индивидуалната партида/.

**III. В КАЧЕСТВОТО МИ НА НАСЛЕДНИК ПО ЧЛ.170 ОТ КСО НА ПОЧИНАЛО ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ/ПЕНСИОНЕР ЖЕЛЯЯ ДА ПОЛУЧА СЛЕДНИЯ ВИД ПЛАЩАНЕ:**

1.  еднократно изплащане на суми на наследниците на починало осигурено лице или на пенсионер по условията и реда на чл.170 от КСО;
2.  разсрочено изплащане на суми на наследниците на починало осигурено лице по условията и реда на чл.170 от КСО.

**IV. ЖЕЛЯЯ ПЛАЩАНЕТО ДА СЕ ИЗВЪРШИ, както следва:**

1.  по следната лична банкова сметка: Банка ....., IBAN ....., BIC .....
2.  чрез пощенски запис на адрес: ..... (за суми до 6 000 лева / 3067,75 евро).

Декларирам, че:

1. Съм съгласен/на предоставените с настоящото заявление лични данни да послужат като основание за промяна на личните ми данни, регистрирани и администрирани в базата данни на ПОД „ДаллБогг: Живот и Здраве“ ЕАД.
2. Преди подаване на настоящото заявление получих предварително информация за пенсионните ми права в УПФ „ДаллБогг: Живот и Здраве“ ЕАД.
3. Съм запознат/а и приемам Правилника за организацията и дейността на УПФ „ДаллБогг: Живот и Здраве“, Правилата на Фонда за изплащане на пожизнени пенсии „ДаллБогг: Живот и Здраве“, съответно Правилата на фонда за разсрочени плащания „ДаллБогг: Живот и Здраве“.

Прилагам копия на следните документи:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Удостоверение за банкова сметка на заявителя; |  |
| <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници;                  | <input type="checkbox"/> Пълномощно;             |
| <input type="checkbox"/> Акт за раждане на лице под 18г.;              | <input type="checkbox"/> Акт за смърт;           |
| <input type="checkbox"/> ЕР на ТЕЛК или НЕЛК;                          | <input type="checkbox"/> Акт за граждански брак; |
| <input type="checkbox"/> Други:  |  |

Дата: ..... г.

Подпис: .....

Долуподписаният/та:

...../три имена/,  служител или  осигурителен посредник №....., удостоверявам, че настоящото заявление е прието от мен, личните данни на лицето са сверени с представен документ за самоличност и подписът е положен в мое присъствие.

гр. ...., дата: .....

Подпис: .....