



СЪГЛАСИЕ
ПЕНСИОННО ОСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ АД

1309 София, бул. „Тодор Александров“ № 141
Тел.: 02/816 45 65 Факс: 02/8164566
Сайт: www.saglasie.bg

Универсален Пенсионен Фонд

Входящ №...../.....
/Попълва се в ЦУ на ПОК „Съгласие“ АД/ ДД/ММ/ГГ

МОЛБА – ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СРЕДСТВА

ОТ

Име			Презиме				Фамилия		
ЕГН,ЛНЧ		лична карта №		д д м м г г г г		издадена от МВР гр.			
Град/Село			Община			Област		ПК	
ж.к.		улица №		блок		вход		апартамент	
телефон				e-mail					

В КАЧЕСТВОТО МИ НА:

Осигурено лице по договор №									
Наследник на: Име, Презиме, Фамилия на починалото лице							ЕГН		
Законен/Договорен/Представител/Настойник/Попечител на: (Име, Презиме, Фамилия)							ЕГН		

Моля отбележете с „X“ в лявата колона един от посочените случаи за изплащане!

I. ЖЕЛАЯ ДА ИЗТЕГЛЯ СРЕДСТВА, НАТРУПАНИ ПО ИНДИВИДУАЛНАТА ПАРТИДА

- Пенсия – за осигурено лице, придобило право на пенсия.
- Еднократно изплащане до 50 на сто от средствата, натрупани по индивидуалната партида, при трайно намалена работоспособност над 89,99 на сто.
- Изплащане на суми на наследниците на починало осигурено лице или на пенсионер при условията и реда на чл. 170 от КСО.
 - Еднократно.
 - Разрочено, за период от месеца.

II. НАЧИН НА ПЛАЩАНЕ – ИЗБЕРЕТЕ ЕДИН ОТ ПОСОЧЕНИТЕ НАЧИНИ

По банкова сметка:

IBAN

B	G																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--

При Банка :

.....

Изплащане с пощенски запис на адрес:

ПК

--	--	--	--

Град/Село, Община, Област; ж.к., улица №, блок, вход, апартамент

.....

III. ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ, ЗАВЕРЕНИ С „ВЯРНО С ОРИГИНАЛА!“:

<input type="checkbox"/> Копие от документ за самоличност	<input type="checkbox"/> Копие от акт за смърт
<input type="checkbox"/> Копие от разпореждане на РУСО/СУСО за отпусната пенсия	<input type="checkbox"/> Копие от удостоверение за наследници (с валидност 6 месеца)
<input type="checkbox"/> Копие от документ издаден от Вашата банка, удостоверяващ Вашата лична сметка	<input type="checkbox"/> Копие от акт за раждане, при непълнолетни деца
<input type="checkbox"/> Копие от експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК	<input type="checkbox"/> Други:

1. Срок за изплащане – до 3 месеца от регистриране на молба-заявлението в представителството или в ЦУ.
2. ПОК „Съгласие“ АД не носи отговорност в случаите на неточно или погрешно извършен превод при грешно посочена от лицето банкова сметка.
3. При повече от един наследник, молба се подава от всеки един от наследниците.
4. Съгласно разпоредбите на Семейния Кодекс и във връзка с указанията на Комисията за финансов надзор, плащанията на малолетни и непълнолетни наследници на осигурени лица и пенсионери се извършват само по банков път по лична сметка на наследника.

Декларирам, че съм съгласен да предоставя личните си данни за извършване на плащането по настоящата молба, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от Наказателния Кодекс.

Дата:

Заявител:

.....

/Име, Фамилия, Подпис/

Тази молба е приета

от.....,

в качеството му на служител/осигурителен посредник към офис на ПОК „Съгласие“ АД:

.....

Входящ №...../.....

Декларирам, че личните данни на лицето са сверени с документ за самоличност и подписът е положен пред мен.

Дата:

Подпис: