



УНИВЕРСАЛЕН ПЕНСИОНЕН ФОНД „СЪГЛАСИЕ“

София 1303, ул. "Тодор Александров" 117
Т: 02 816 45 65
Ф: 02 816 45 66
Информационен център: 0700 11 744
www.saglasie.bg

Вх № Офис:
/Попълва се в Регионално представителство /
Вх № дата.....
/ Попълва се в Централно управление /

ЗАЯВЛЕНИЕ

Три имена:							
ЕГН:		Л.к. №:		Изд. на:		От:	
Град /с./:		П.К.:		Ул. № ,Ж.к., бл., Вх., Ап.			
Телефон:				E-mail:			

В КАЧЕСТВОТО МИ НА:

<input type="checkbox"/>	Пенсионер/Получател:	
	<i>вярното се подчертава</i>	ЕГН
<input type="checkbox"/>	Договорен представител на Пенсионер/Получател:	
	<i>име, презиме и фамилия</i>	ЕГН

I. На основание чл. 167а, ал. 8 от КСО, ЗАЯВЯВАМ изплащане на средствата по индивидуалната ми партида, разкрита в УПФ след сключване на пенсионния договор/договор за разсрочено изплащане:
вярното се подчертава

<input type="checkbox"/> Разсрочено изплащане -месеца В размер на.....	<input type="checkbox"/> Еднократно плащане
---	---

* При избор за разсрочено изплащане е необходимо да попълните и Договор за разсрочено плащане;

II. Начин на плащане:

<input type="checkbox"/> Лична банкова сметка в:	<input type="checkbox"/> С пощенски запис:	<input type="checkbox"/> Друг доставчик на платежни услуги:	
Банка:	Град /с./:	П.К.	
BIC: _____ IBAN: _____ BG _____	Адрес: /Ул. № ,Ж.к., бл., Вх. ,Ап./		

** Разходите за разсрочени и еднократни плащания са за сметка на КОМПАНИЯТА при изплащане по банкова сметка в клоновете на: „УниКредит Булбанк“ АД, „Тексим банк“ АД и „Централна Кооперативна банка“ АД, а когато изплащането се извършва към други банки в страната и чужбина, както и чрез пощенски запис или по друг начин, са за сметка на ПЕНСИОНЕРА/ПОЛУЧАТЕЛЯ при упражняване на правото. Средствата се изплащат от УПФ „СЪГЛАСИЕ“.

III. Прилагам следните документи, заверени "Вярно с оригинала!":

<input type="checkbox"/> Копие от документ за самоличност	<input type="checkbox"/> Нотариално заверено пълномощно
<input type="checkbox"/> Други:	

*** Запознат/а съм с Правилника на УПФ „Съгласие“ и с Правилата на съответния Фонд за извършване на плащания.

Дата:..... г.

Подпис:.....

Долуподписаният/та:.....	
в качеството ми на:	
<input type="checkbox"/> Служител	
<input type="checkbox"/> Осигурителен посредник	
Декларирам, че съм идентифицирал/а лицето, подадо настоящето заявление, на базата на представен документ за самоличност, като личните данни съответстват пълно и точно на данните, които се съдържат в оригинала на представения ми документ за самоличност.	
Дата:..... г.	Подпис:.....