

КОД НА ФОНДА <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Вх. № _____ Дата: _____ (попълва се от лицето, приело заявлението)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ДО \_\_\_\_\_

(наименование на пенсионноосигурителното дружество,  
 до което е било подадено заявление за промяна на участие,  
 съответно заявление за прехвърляне)

**ИСКАНЕ**

за оттегляне на заявление за промяна на участие / заявление за прехвърляне

Име \_\_\_\_\_ Презиме \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

ЕГН/ЛН/ЛНЧ \_\_\_\_\_, лична карта/легитимационен документ на чужденец \_\_\_\_\_  
 издаден(а) на \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Постоянен адрес: Област \_\_\_\_\_ Община: \_\_\_\_\_ ПК

Град (село) \_\_\_\_\_ ж.к. \_\_\_\_\_

Бул./ул.: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Бл. \_\_\_\_\_ Вх. \_\_\_\_\_ Ет. \_\_\_\_\_ Ап. \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

Настоящ адрес: Област \_\_\_\_\_ Община: \_\_\_\_\_ ПК

Град (село) \_\_\_\_\_ ж.к. \_\_\_\_\_

Бул./ул.: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Бл. \_\_\_\_\_ Вх. \_\_\_\_\_ Ет. \_\_\_\_\_ Ап. \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

На основание чл. 7, ал.2/чл.17, ал.1 от Наредба № 3 от 24 септември 2003 г. за реда и начина за промяна на участие и за прехвърляне на натрупаните средства на осигурено лице от един фонд за допълнително пенсионно осигуряване в друг съответен фонд, управляван от друго пенсионноосигурително дружество (Наредба № 3) оттеглям заявление вх.№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. за промяна на участие/ прехвърляне в \_\_\_\_\_

(наименование на фонда за допълнително пенсионно осигуряване)

и желая процедурата по промяна на участие (прехвърляне на средствата ми) да бъде прекратена.

Осигурено лице: \_\_\_\_\_

(подпис)

*\*Попълва се от осигурителен посредник или служител на дружеството, приел заявлението:*

Име и фамилия \_\_\_\_\_

Служебен номер / длъжност \_\_\_\_\_ Подпис : \_\_\_\_\_

**Указания за попълване на искането**

1. Искането се подава на хартиен носител с нотариална заверка на подписа в офис на дружеството, чрез негов осигурителен посредник или по пощата с писмо с обратна разписка или като електронен документ, подписан с квалифициран електронен подпис от осигуреното лице.
2. Полето „настоящ адрес” се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.
3. При подаване на искането в офис на дружеството или чрез осигурителен посредник лицето, което го приема, попълва определените за него данни и незабавно дава на осигуреното лице входящ номер.