

КОД НА ФОНДА <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (попълва се за ФДЗПО)
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.3 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 \_\_\_\_\_ и желая процедурата по

(наименование на фонда за допълнително пенсионно осигуряване)

промяна на участие (прехвърляне на средствата ми) да бъде прекратена.

Осигурено лице: \_\_\_\_\_

(подпис)

\*Попълва се от осигурителен посредник (в т.ч. лице, упълномощено от посредник - юридическо лице) или от служител на дружеството, приел искането:

Име и фамилия \_\_\_\_\_

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

**УКАЗАНИЯ ЗА ПОПЪЛВАНЕ И ПОДАВАНЕ НА ИСКАНЕТО**

1. (Изм. – ДВ, бр.54 от 2021 г., в сила от 1.07.2021 г.) Искането се подава на хартиен носител с нотариална заверка на подписа, съответно като електронен документ, подписан с квалифициран електронен подпис на осигуреното лице, в офис на дружеството, в което е подадено заявлението за промяна на участие/прехвърляне, чрез осигурителен посредник на това дружество, по пощата с писмо с обратна разписка или чрез дружеството, управляващо фонда, в който лицето е осигурено.
2. Полето „настоящ адрес“ се попълва, когато той не съвпада с постоянния адрес на лицето.
3. (Изм. – ДВ, бр.54 от 2021 г., в сила от 1.07.2021 г.) При подаване на искането чрез служител или осигурителен посредник на дружеството лицето, което го приема, попълва определените за него данни и незабавно дава на осигуреното лице входящ номер.
4. При подаване на искането следва да се има предвид времето, необходимо за получаването му в дружеството, тъй като ако бъде получено след 5-о число на месеца, в който се прехвърлят средствата, то няма да бъде взето под внимание, предвид изискванията на Наредба № 3.