

Iesniegums par pensiju fonda maiņu



Aizpildot formu, kur nepieciešams, savu izvēli atzīmējiet ar

Pensiju plāns: CBL Sabalansētais CBL Aktīvais CBL Aktīvais USD CBL Indeksu

Individuālā līguma nr. /Uzņēmuma nosaukums _____
(ja iemaksas pensiju plānā veic darba devējs saskaņā ar kolektīvo līgumu)

Pensiju plāna dalībnieks _____

Vārds un uzvārds _____

Personas kods _____ Dzimšanas datums _____

Personu apliecinošs dokuments _____
(numurs, izsniegšanas datums, derīguma termiņš, izdevēja valsts un institūcija)

Kontaktinformācija _____

Adrese _____
(iela, mājas nr./korpuss/nosaukums, dzīvokļa nr., pilsēta (rajons, apdzīvotās vietas nosaukums), pasta indekss, valsts)

Tālrunis _____ E-pasts _____

Lūdzu manu uzkrāto pensijas kapitālu pārskaitīt uz: _____

Izvēlētā jaunā Pensiju plāna nosaukums, Pensiju fonda reģistrācijas Nr., IBAN :

Līguma nr.: _____

Izvēlaties pārskaitāmā pensijas kapitāla apmēru: _____

100%, izbeidzot individuālo līgumu;

! Ja Jums ir noslēgts regulārā maksājuma līgums, lūgums to pārtraukt

100%, turpinot dalību pensiju plānā;

Daļu no kapitāla, bez līguma izbeigšanas: summa _____

Iesniegumam pievienots/ie dokumenti/i: _____

Personu apliecinoša dokumenta kopija (tikai Dalībniekiem, kas nav AS "Citadele banka" klienti)

Esmu informēts, ka uzkrātā papildpensijas kapitāla pārvešana uz citu pensiju fondu tiek veikta ne vēlāk kā divu nedēļu laikā no pieteikuma un nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas AS "CBL Atklātais pensiju fonds". Pensiju plāna dalībniekam ieguldījumu atdeves aprēķins tiek veikts, ņemot vērā uzkrātos ienākumus un izdevumus uz iepriekšējās darba dienas beigām, kas ir pirms izmaksas dienas beigām.

Apliecinu, ka visas šajā pieteikumā manis sniegtās ziņas ir pilnīgas un patiesas, un apzinos, ka nepatiesu ziņu sniegšanas gadījumā esmu atbildīgs saskaņā spēkā esošajiem tiesību aktiem.

Esmu informēts, ka AS "CBL Atklātais pensiju fonds" apstrādā personas datus uzkrātā papildpensijas kapitāla pārvešanai uz citu pensiju fondu, noziedzīgi iegūtu līdzekļu legalizācijas un terorisma un proliferācijas finansēšanas novēršanai, lai izpildītu normatīvajos aktos noteiktās prasības, saziņai saistībā ar minēto, paredzot, ka tiesības tiek īstenotas saskaņā ar Privātuma aizsardzības noteikumiem, kas pieejami www.cblgroup.com/lv/companies/cbl-open-pension-fund/.

Dalībnieks: _____
(vārds, uzvārds) (paraksts) (datums)

Pensiju fonda pārstāvis: _____
(Klientu apk. centrs) (vārds, uzvārds) (paraksts) (datums)

Aizpilda pensiju fonda darbinieks: _____
(Reģistrācijas Nr.) (Reģistrēšanas datums)