FORMULAR PENTRU SCHIMBAREA ANGAJATORULUI/PLĂTITORULUI

NUMĂRUL ACTULUI INDIVIDUAL DE ADERARE |_|_|_|_|_|_|_|_|

DATA SEMNĂRII ACTULUI INDIVIDUAL DE ADERARE |_|_|_|_|_|_|_|_|

TIPUL FONDULUI DE PENSII FACULTATIVE ING _____

Nume Participant: _____

CNP Participant : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Se completează în cazul schimbării angajatorului

Denumirea vechiului angajator : _____

Denumirea noului angajator : _____

Cod Unic de Înregistrare la Registrul Comerțului (CUI/CIF): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresa noului angajator: _____

Persoana de contact de la noul angajator: _____ Telefon: _____

Data începerii contractului de muncă la noul angajator: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Luna pentru care va fi plătită prima contribuție de către noul angajator: _____, anul _____.

Se completează în cazul schimbării plătitorului

Plata va fi efectuata de catre: ☐ Angajator sau ☐ Participant

Luna pentru care va fi virată prima contribuție de către noul plătitor: _____, anul _____.

În vederea înregistrării în baza de date a noului angajator, este necesar să ne trimiteți alăturat și **„Formularul de Înștiințare a Angajatorului”** completat în întregime și semnat/ștampilat în original de noul angajator. De asemenea vă rugăm să atașați și o copie după „Certificatul de Înregistrare la Registrul Comerțului” a societății respective.

Data	Semnătura Participantului	Semnătura și Ștampila Angajatorului

Semnătura Agentului de marketing _____ Agenția _____

S.C. ING Asigurări de Viață S.A.
Str. Costache Negri, nr. 1-5, Sector 5
050552 București, România
T + 40 21 402 85 80 F + 40 21 402 85 81
My' Line: 9ING
www.ing.ro; pensii@ing.ro

Înregistrat ca operator de date
cu caracter personal cu numărul 160
Cod Unic de Înregistrare: 9100488
Autorizat de C.S.A. - cod RA-012/10.04.2003
Autorizat de C.S.S.P.P. - cod SAA-RO-9112925/03.04.2007
Capital social la 11.05.2010: 69.391.626 lei