FORMULAR PENTRU RELUAREA PLĂȚII CONTRIBUȚIILOR (FRP)

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

DENUMIREA ANGAJATORULUI _____

Subsemnatul _____ , în calitate de participant la fondul de pensii ING _____ , având CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| , solicit reluarea plății contribuțiilor începând cu luna* _____, anul* _____.

În cazul în care plătitorul contribuției este angajatorul dumneavoastră, înainte de trimiterea acestui formular, vă rugăm să luați legătura cu acesta în vederea reluării plăților către fondul de pensii facultative.

_____	_____	_____
Data	Semnătura şi ştampila angajatorului	Agenția
_____		_____
Semnătura participantului		Semnătura agentului de marketing

Indicații:

- **Câmpurile marcate cu „*" reprezintă câmpuri obligatorii;**
- În cazul care se doreşte şi modificarea valorii contribuției, avem rugămintea să transmiteți un „Formular pentru modificarea contribuției";
- În cazul care se doreşte şi schimbarea angajatorului, avem rugămintea să transmiteți un „Formular pentru schimbarea angajatorului";
- În cazul care se doreşte şi schimbarea plătitorului, avem rugămintea să transmiteți un „Formular pentru schimbarea plătitorului";
- În cazul în care pe contract există **doar** contribuție din partea angajatorului, angajatorul poate solicita reluarea plății contribuțiilor, nemaifiind necesară semnătura participantului, ci doar semnătura şi ştampila angajatorului în original;
- Semnătura participantului este obligatorie în cazul în care pe contract există contribuție din partea participantului.

Pentru mai multe informații ajutătoare, vă rugăm să ne contactați la adresa de e-mail pensii@ing.ro sau apelând serviciul My'Line la numărul de telefon (021) 9ING (021/ 9464).