



Cerere pentru Modificarea Termenilor Contractuali

☐ **Pensia facultativă Pensia Mea**

☐ **Pensia facultativă Pensia Mea Plus**

Datele mele de identificare în calitate de participant la fondul de pensii facultative administrat de BT Pensii

Nume și prenume _____

Număr act de aderare _____ Cod Numeric Personal _____

Telefon Mobil _____ Telefon fix _____

Adresă e-mail _____

☐ **Doresc** / ☐ **Nu doresc** să primesc Scrisoarea de Informare anuală prin e-mail

Doresc să modific ☐ **numele** ☐ **Codul Numeric Personal** ☐ **adresa de corespondență**

Noul nume al participantului _____

Noul CNP _____

Noua adresă de corespondență:

Tip stradă (Str/Bld/Ale/Șos/Pța/Int) _____ Nume stradă _____

Nr _____ Bl _____ Sc _____ Et _____ Ap _____ Sat _____

Localitate (oraș/comună) _____ Județ/Sector _____ Cod poștal _____

Doresc să modific ☐ **denumirea angajatorului** ☐ **adresa angajatorului**

Noul angajator / noua denumire a angajatorului _____

CUI angajator nou _____

Noua adresă de corespondență a angajatorului:

Tip stradă (Str/Bld/Ale/Șos/Pța/Int) _____ Nume stradă _____

Nr _____ Bl _____ Sc _____ Et _____ Ap _____ Sat _____

Localitate (oraș/comună) _____ Județ/Sector _____ Cod poștal _____

Telefon Mobil _____ Telefon fix _____

Persoană de contact _____ Adresă e-mail _____

Doresc să modific valoarea contribuției lunare

(contribuția totală lunară nu poate depăși 15% din totalul veniturilor impozabile și nu poate fi mai mică de 60 RON pentru Pensia Mea, respectiv 50 RON pentru Pensia Mea Plus).

Valoare contribuție participant _____ RON și/sau Valoare contribuție angajator _____ RON

Noua contribuție se modifică începând cu plata aferentă lunii _____ (exemplu 06=iunie)

Doresc ca, începând cu data de _____, să ☐ **suspend contribuția** ☐ **reiau contribuția**

Doresc să modific plătitorul contribuției.

Noul plătitor al contribuției va fi ☐ participantul ☐ angajatorul

Data _____ Semnătură participant _____

Pentru conformitate, atașez și copia actului de identitate