

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnata (ul)

Posesor(oare) al BI/CI seria nr.

eliberata de la data de

CNP

număr de telefon

adresă e-mail

În calitate de *(se bifează calitatea persoanei care dă declarația)*

- ☐ Participant la Fondul de Pensii Facultative NN Optim/ Fondul de Pensii Facultative NN Activ
- ☐ Beneficiar al unui participant la Fondul de Pensii Facultative NN Optim/ Fondul de Pensii Facultative NN Activ
- ☐ Mandatar al unui beneficiar/participant la Fondul de Pensii Facultative NN Optim/ Fondul de Pensii Facultative NN Activ
- ☐ Reprezentant legal al unui beneficiar/participant la Fondul de Pensii Facultative NN Optim/ Fondul de Pensii Facultative NN Activ

Declar pe proprie raspundere, cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații:

- ✓ că documentele transmise Administratorului NN Asigurări de Viață S.A. prin intermediul poștei electronice, în vederea depunerii documentației/primirii contravalorii activului personal net, sunt deținute de mine, în format fizic, în original.
- ✓ **în termen de maximum 30 de zile de la încetarea stării de urgență, documentele depuse în format electronic vor fi transmise Administratorului NN Asigurări de Viață S.A. și în format fizic, urmând a fi supuse verificării/validării de către Administrator.**

Nume și prenume

Semnătura

Data