

Formular pentru modificarea datelor angajatorului Pensii Facultative

1 Schimbarea denumirii angajatorului

Denumirea veche a societății _____

Denumirea nouă a societății _____

Cod Unic de Înregistrare _____

2 Schimbarea persoanei de contact din partea societății

Actuala persoană de contact _____

Noua persoană de contact _____

Semnătura persoanei de contact _____

Număr de telefon angajator _____

Număr de fax angajator _____

E-mail angajator _____

3 Schimbarea adresei sediului social al societății*

***Vă rugăm să atașați o copie după certificatul de înregistrare la Registrul Comerțului**

Noua adresă (stradă, număr, bloc, scară, apartament, localitate, județ, sector, țară) _____

4 Schimbarea adresei de corespondență a societății

Noua adresă (stradă, număr, bloc, scară, apartament, localitate, județ, sector, țară) _____

Data _____

Semnătura și ștampila angajatorului _____

Semnătura Agentului de marketing _____

Agenția _____

NN Asigurări de Viață S.A.Str. Costache Negri nr. 1-5,
Sector 5, 050552 București, RomâniaT +40 21 9464
T +40 21 402 85 80
F + 40 21 402 85 81www.nn.ro
asigurari@nn.ro
pensipilonul3@nn.ro