



**Modificarea valorii contribuției lunare**

Noua valoare a contribuției Participantului  RON

Noua valoare a contribuției Angajatorului  RON

**Solicitarea încetării/suspendării plății contribuției**

Data încetării/suspendării plății   
zz/ll/aa

**Solicitarea reluării plății contribuției**

Data reluării plății   
zz/ll/aa

**Transferul Participantului către alt fond de pensii facultative**

(vă rugăm să atașați copia actului de aderare la noul fond de pensii)

Data transferului   
zz/ll/aa

*Confirm pe propria răspundere schimbările de mai sus și sunt conștient de faptul că această declarație va fi acceptată de către Aviva Asigurări de Viață S.A. ca parte integrantă a certificatului în vigoare.*

Semnătură Participant:.....

Semnătură Agent marketing:.....

Data:.....