

<b>CERERE PRIVIND REVENDICAREA CONTRAVALORII COTEI PĂRȚI CUVENITE DIN ACTIVUL PERSONAL NET AL PARTICIPANTULUI DECEDAT</b>	<b>NUME PRENUME PARTICIPANT DECEDAT:</b> _____
	<b>CNP PARTICIPANT DECEDAT</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Prin prezenta, solicit în calitate de moștenitor cota parte cuvenită, conform certificatului de moștenitor.

### Date de identificare moștenitor

Nume și prenume: \_\_\_\_\_  
*(se va trece numele și prenumele moștenitorului legal)*

CNP moștenitor

### Date de contact moștenitor (utilizate pentru comunicările ulterioare)

Adresă de corespondență: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ (obligatoriu)

### Declarații moștenitor

Cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe proprie răspundere că:

**AM** calitatea de participant la un fond de pensii administrat privat, și anume:

Fondul de pensii administrat privat \_\_\_\_\_

**NU** am calitatea de participant la un fond de pensii administrat privat.

În vederea verificării calității de participant în sistemul de pensii administrate privat din România, vă recomandăm ca în calitate de beneficiar să verificați acest aspect, depunând o petiție online pe site-ul Autorității de Supraveghere Financiară, [www.asfromania.ro](http://www.asfromania.ro), secțiunea Relații cu Publicul (pe pagina principală în partea dreaptă mijloc), accesând link-ul **“Află la ce Fond de Pensii ești!”**. Vă rugăm să completați declarația după ce vă asigurați cu privire la apartenența la un fond de pensii administrat privat.

➤ Am luat la cunoștință de prevederile legislative în vigoare, potrivit cărora, în situația în care AEGON PENSII S.A.F.P.P. S.A. va constata că am calitatea de participant la un fond de pensii administrat privat, va transfera suma ce mi se cuvine conform certificatului de moștenitor/legatar în contul meu deținut la fondul de pensii administrat privat unde sunt participant.

În temeiul art. 136 alin. (1) din Legea 411/2004 beneficiarul, care este și participant, nu poate să dispună de activul personal dobândit prin moștenire, decât prin cumularea conturilor de pensie, activul personal astfel rezultat urmând a fi folosit exclusiv pentru achiziționarea unei pensii private. Unui beneficiar care deține și calitatea de participant al unui fond de pensii administrat privat, îi sunt aplicabile și prevederile art. 38 alin (3) lit. a) din Legea 411/2004, potrivit cărora beneficiarul are dreptul la cumularea conturilor la un singur fond de pensii.

➤ În conformitate cu prevederile legale, am luat la cunoștință că din suma reprezentând contravaloarea activului net personal, se vor deduce taxele poștale determinate de transferul sumei prin mandat poștal, conform tarifelor publicate pe siteul Companiei Naționale Poșta Română S.A.. Pentru mai multe detalii vă rugăm să accesați [www.posta-romana.ro](http://www.posta-romana.ro).

➤ Prin semnătura aplicată pe această cerere, în calitate de moștenitor legal, confirm că cele declarate sunt corecte și adevărate și solicit administratorului AEGON PENSII - SOCIETATE DE ADMINISTRARE A FONDURILOR DE PENSII PRIVATE S.A. acordarea drepturilor ce îmi revin conform Legii nr. 411/2004 privind fondurile de pensii administrate privat, republicată cu modificările și completările ulterioare, reprezentă venituri din pensii de aplicare emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară ([www.asfromania.ro](http://www.asfromania.ro)).

➤ În conformitate cu prevederile Codului Fiscal (Legea 227/2015):

1. veniturile din pensii realizate de către persoanele fizice cu handicap grav sau accentuat sunt scutite de impozit pe venit. Am luat la cunoștință că pot beneficia de această prevedere dacă prezint un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat, în original sau în copie legalizată.
2. veniturile din pensii reprezintă sume primite ca pensii de la fondurile înființate din contribuțiile sociale obligatorii făcute către un sistem de asigurări sociale. Am luat la cunoștință că drepturile moștenitorilor legali, primite în conformitate cu prevederile Legii nr. 411/2004 privind fondurile de pensii administrate privat, republicată cu modificările și completările ulterioare, reprezintă venituri din pensii.
3. conform prevederilor art. 1 pct 1 din Legea nr. 2/2017, plafonul neimpozabil al veniturilor din pensii este de 2.000 lei.

### Tipul plății

- TRANSFER BANCAR  
Vă rugăm să atașați cererii un extras de cont bancar în lei al cărui titular este moștenitorul, inclusiv în cazul unui moștenitor minor.
- MANDAT POȘTAL  
Menționăm că plata prin mandat poștal se face la adresa de domiciliu a moștenitorului; în cazul în care există viză de flotant, trebuie depusă și o copie a acestui document.

### Modalitatea de plată

- Plată într-o singură tranșă
- Plată în rate lunare egale - vă rugăm să precizați suma lunară \_\_\_\_\_ sau numărul de luni \_\_\_\_\_.  
În situația alegerii plății în rate lunare egale, suma minimă pe care putem să o virăm este 500 de lei, pe o perioadă de maxim 60 de luni. La alegerea sumei lunare pe care doriți să o încasați sau a numărului de luni, vă rugăm să aveți în vedere contravaloarea activului net de care urmează să beneficiați. Contactați-ne telefonic pentru informații suplimentare.

Prezenta cerere este completată de către:

- Moștenitor**
- Altă persoană**, mandatată prin procură specială și autentică – documentul justificativ împreună cu copia actului de identitate a persoanei mandatate se atașează prezentei cereri.

### Date de identificare PERSOANĂ MANDATATĂ / CURATOR / TUTORE LEGAL (dacă este cazul)

Nume și prenume: \_\_\_\_\_  
(numele și prenumele persoanei mandatate / a curatorului / a tutorei legal)

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresă de corespondență: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ (obligatoriu)

- În cazul beneficiarilor minori de până la 14 ani, cererea prin care se solicită plata drepturilor convenite este semnată, după caz de către **curator sau tutore legal**.
- Beneficiarii minori cu capacitatea de exercițiu restrânsă (au vârsta între 14 și 18 ani) semnează cererea împreună cu ocrotitorul legal sau curatorul special desemnat, după caz.

Data completării cererii

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Semnătură moștenitor / persoană mandatată / curator / tutore