

CERERE PRIVIND ACORDAREA CONTRAVALORII ACTIVULUI NET PERSONAL ÎN CAZ DE INVALIDITATE	NUME PRENUME PARTICIPANT: <hr/> CNP PARTICIPANT <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

Prin prezenta, solicit în calitate de participant activul personal deținut la Fondul de pensii administrat privat VITAL.

Date de contact (utilizate pentru comunicările ulterioare)

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____ (obligatoriu)

Tipul plății

- TRANSFER BANCAR**
Vă rugăm să atașați cererii un extras de cont bancar în lei al cărui titular este participantul.
- MANDAT POȘTAL**
Menționăm că plata prin mandat poștal se face la adresa de domiciliu a participantului; 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.

Declarații

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.

În conformitate cu prevederile Codului Fiscal (Legea 227/2015) 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. Am luat la cunoștință că plafonul neimpozabil al veniturilor din pensii este de 2.000 lei, conform prevederilor art. I pct 1 din Legea nr. 2/2017.

Prin semnătura aplicată pe această cerere, în calitate de participant/persoană mandatată, 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, cu modificările și completările ulterioare și normelor de aplicare emise de Autoritatea de Supraveghere Financiară (www.asfromania.ro). AEGON PENSII S.A.F.P.P. S.A. este operator de date cu caracter personal conform Legii nr. 677/2001 înregistrat sub nr. 5946.

Prezenta cerere este completată de către:

Participant	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 (dacă este cazul)

Nume și prenume: _____
(numele și prenumele persoanei mandatate)

CNP

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

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____ (obligatoriu)

Data completării cererii
 ____ / ____ / ____

Semnătură participant / persoană mandatată

--