

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CERERE DE PLATĂ PRIVIND REVENDICAREA CONTRAVALORII COTEI PĂRȚI CUVENITE DIN ACTIVUL PERSONAL NET AL PARTICIPANTULUI DECEDAT | NUME PRENUME PARTICIPANT DECEDAT: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CNP PARTICIPANT DECEDAT <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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)

CNP moștenitor

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date de contact moștenitor (utilizate pentru comunicările ulterioare și transmiterea notificării de plată)

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____

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, putând să depuneți o petiție online pe site-ul Autorității de Supraveghere Financiară: www.asfromania.ro, accesând link-ul "Află la ce Fond de Pensii ești!".

- 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 nr. 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 nr. 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 postale determinate de transferul sumei prin mandat postal, conform tarifelor publicate pe siteul Companiei Naționale Poșta Română S.A.. Pentru mai multe detalii vă rugăm să accesați www.posta-romana.ro.
- Prin semnarea acestei cereri, în calitate de moștenitor, 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).
- În conformitate cu prevederile Codului Fiscal (Legea nr. 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, 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. 100 din Codul Fiscal, plafonul lunar neimpozabil al veniturilor din pensii este de 2.000 lei. Conform prevederilor art. 155 alin. (1) lit. a¹) sunt supuse contribuției de asigurări sociale de sănătate veniturile realizate din pensii, definite conform art. 99 Cod Fiscal, pentru partea care depășește suma lunară de 4.000 lei.

Am luat la cunoștință conținutul politicii de prelucrare a datelor personale, disponibil pe siteul www.aegon.ro în secțiunea „Prelucrare date personale – Prelucrare date personale Aegon Pensii”.

AEGON PENSII S.A.F.P.P. S.A. este operator de date cu caracter personal conform Regulamentului nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)

Tipul plății

- TRANSFER BANCAR
Vă rugăm să atașați cererii un extras de cont bancar 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
sau
- 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.

Date de identificare părinte / tutore / curator / reprezentant legal / persoană mandatată (dacă este cazul)

Nume și prenume: _____
(numele și prenumele părintelui / tutorelui / curatorului / reprezentantului legal / persoanei mandatate)

CNP

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____

Cunoscând dispozițiile art. 326 Cod Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că:

- Sunt părintele beneficiarului minor, mă ocup de creșterea și îngrijirea acestuia și acesta locuiește împreună cu mine și nu este încredințat sau dat în plasament unei alte persoane ori unui organism privat sau serviciu public. Declar că nu exista vreun conflict declarat între mine în calitate de părinte și copilul meu minor. Declar că nu am cunoștință de desemnarea unui tutore sau curator pentru reprezentarea minorului în relația cu AEGON PENSII S.A.F.P.P. S.A. sau pentru administrarea bunurilor minorului.
- Sunt tutore/curator/reprezentant legal desemnat pentru reprezentarea minorului în relația cu AEGON PENSII S.A.F.P.P. S.A. sau pentru administrarea bunurilor minorului, conform actului de desemnare a tutorelui/curatorului beneficiarului minor/reprezentantului legal, atașat prezentei cereri în original sau în formă autentică.
- Sunt persoană mandatată să depun cererea și documentele însoțitoare ale beneficiarului, având procura specială și autentică, atașată prezentei cereri.

În cazul beneficiarilor minori de până la 14 ani, cererea prin care se solicită plata drepturilor convenite este semnată, după caz de către:

- Persoana care exercită drepturile și obligațiile părintești față de minor (părinte / tutore / reprezentant legal)
- curatorul special în baza Dispoziției de instituire a curatelei cu dreptul de a reprezenta minorul la AEGON PENSII S.A.F.P.P. S.A.

Beneficiarii minori cu capacitatea de exercițiu restrânsă (au vârsta între 14 și 18 ani) semnează cererea împreună cu ocrotitorul legal (părinte / tutore / reprezentant legal) sau curator, după caz.

Data completării cererii

___ / ___ / ___

Semnătură
Moștenitor / persoană mandatată

Semnătură
Părinte / Tutore /
Curator / Reprezentant legal