

CERERE DE PLATĂ PRIVIND ACORDAREA CONTRAVALORII ACTIVULUI NET PERSONAL ÎN CAZ DE INVALIDITATE (GRAD I sau II NEREVIZUIBIL)	NUME PRENUME PARTICIPANT: _____
	CNP PARTICIPANT <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 participant activul personal deținut la Fondul de pensii administrat privat VITAL.

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

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____ (obligatoriu)

Tipul plății

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

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 nr. 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: (1) plafonul neimpozabil al veniturilor din pensii este de 2.000 lei, conform prevederilor art. 100 din Codul Fiscal; (2) Conform 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.

Prin semnarea acestei cereri, 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).

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”.

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: _____

Data completării cererii

___ / ___ / ___

Semnătură participant / persoană mandatată