PII

Fondul de pensii administrat privat VITAL

CERERE DE PLATĂ PRIVIND ACORDAREA CONTRAVALORII ACTIVULUI NET PERSONAL ÎN CAZ DE DESCHIDERE A DREPTULUI LA PENSIE	**NUME PRENUME PARTICIPANT**: _____ **CNP PARTICIPANT** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 perioada 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. a^1) 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 continutul 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

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 protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor)