

CERERE DE PLATĂ PRIVIND REVENDICAREA CONTRAVALORII COTEI PĂRȚI CUVENITE DIN ACTIVUL PERSONAL NET AL PARTICIPANTULUI DECEDAT	NUME PRENUME PARTICIPANT DECEDAT: _____
	CNP PARTICIPANT DECEDAT <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"/> <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)

CNP moștenitor

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

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____ (obligatoriu)

Declarații moștenitor

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

- 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. 204/2006 privind pensiile facultative, 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):
 - Drepturile primite în conformitate cu prevederile Legii nr. 204/2006 privind pensiile facultative, cu modificările și completările ulterioare, reprezintă venituri din pensii și se supun prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul Fiscal.
 - Conform prevederilor art. 100 din Codul Fiscal, plafonul neimpozabil lunar al veniturilor din pensii este de 2.000 lei.
 - 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 conținutul politicii de prelucrare a datelor personale, disponibil pe siteul www.aegon.ro în secțiunea „Prelucrare date personale – Prelucrare date personale Aegon Pensii”.

Tipul plății

TRANSFER BANCAR
În vederea plății am atașat cererii un extras de cont bancar al cărui titular sunt.

MANDAT POȘTAL
Important! Plata prin mandat poștal se face la adresa de domiciliu înscrisă în actul de identitate. Există viză de flotant și am depus și o copie a acestui document. 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.. (www.posta-romana.ro.)

Modalitatea de plată

Conform prevederilor legale optez pentru:

Plata într-o singură tranșă, conform detaliilor de la Tipul Plății.

Plata în rate. Precizez suma lunară în lei sau numărul de luni calendaristice _____
Am luat la cunoștință ca în situația plății în rate lunare, ratele sunt egale, suma minimă este 500 de lei, iar perioada maximă de încasare este de 60 de luni. La calculul sumei lunare sau a numărului de luni am avut în vedere contravaloarea activului net la care am dreptul.

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 există 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 cuvenite 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 interesele minorului.*

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