

CERERE DE PLATĂ PRIVIND ACORDAREA CONTRAVALORII ACTIVULUI NET PERSONAL ÎN CAZ DE INVALIDITATE	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 facultative AEGON ESENȚIAL.

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

Adresă de corespondență: _____

Email: _____ Telefon: _____ (obligatoriu)

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.

Declarații

În conformitate cu prevederile legale, am luat la cunoștință că din suma reprezentând contravaloarea activului net personal, se vor deduce comisioanele bancare determinate de transferul sumei prin virament bancar, respectiv 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.

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. 204/2006 privind pensiile facultative, 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:

<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> 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 persoană mandatată: _____

Email persoană mandatată: _____ Telefon persoană mandatată: _____

Data completării cererii

___ / ___ / ___

Semnătură participant / persoană mandatată