

**PENSIA PRIVATĂ FACULTATIVĂ (PILON 3)**

GRUPE SOCIETE GENERALE

**CERERE DE SOLICITARE A PLĂȚII ACTIVULUI PERSONAL NET AL PARTICIPANTULUI ÎN CAZ DE DECES**

Formular valabil începând cu data de 01.08.2016

**A. DATE PARTICIPANT/ CONTRACT PENSIE PRIVATĂ FACULTATIVĂ**

Nume și prenume:			
CNP:		Serie și număr act de aderare:	
Data deces (zz/ll/aaaa):			

**B. DOCUMENTE NECESARE\***

*\* Este recomandată bifarea documentelor în secțiunea „B. DOCUMENTE NECESARE” pentru verificare (dacă documentația este completă / dacă au fost certificate / legalizate toate documentele) și transmiterea acestora către BRD Pensii.*

Tipul evenimentului produs	Documente necesare
<p><b>Deces</b> (documentele vor fi depuse de fiecare beneficiar)</p>	<input type="checkbox"/> Cerere de solicitare a plății activului personal net al participantului; <input type="checkbox"/> Certificatul de moștenitor/legatar, certificatul de moștenitor suplimentar, actul de partaj voluntar după caz, sau hotărârea judecătorească definitivă, din care să rezulte calitatea de moștenitor/legatar și cota parte convenită din activul personal net al participantului decedat (copie certificată „Conform cu originalul” de către un angajat BRD SAFPP SA/ agent de marketing persoană fizică sau copie legalizată); <input type="checkbox"/> Copia actului de identitate al beneficiarului / beneficiarilor, valabil la data depunerii cererii, cu semnătură în original pe aceeași pagină cu imaginea reprodusă prin copiere; <input type="checkbox"/> Copia certificatului de deces (copie certificată „Conform cu originalul” de către un angajat BRD SAFPP SA/ agent de marketing persoană fizică sau copie legalizată); <input type="checkbox"/> Pentru plata prin transfer bancar, va fi adăugat un extras de cont care certifică codul IBAN înscris în cererea scrisă și titularul contului (acesta va fi același cu beneficiarul).

**C. REPREZENTANT LEGAL – MANDATAR\*\***

*\*\* Conform legislației în vigoare, reprezentarea participantului de către mandatar este permisă doar pentru depunerea cererii privind revendicarea drepturilor și a documentelor însoțitoare. Această secțiune se va completa doar dacă este cazul reprezentării beneficiarului participantului de către mandatar.*

Nume și prenume mandatar:			
CNP mandatar:		Telefon mandatar:	
Adresă e-mail mandatar:		Adresă de corespondență mandatar:	

*În cazul în care este realizată reprezentarea beneficiarului participantului prin mandatar, este recomandată bifarea documentelor de mai jos pentru verificare (dacă documentația este completă / dacă au fost certificate / legalizate toate documentele) și transmiterea acestora către BRD Pensii.*

<p><b>DOCUMENTE ADIȚIONALE</b> (doar pentru depunerea documentației)</p>	<p><b>Reprezentarea beneficiarului participantului</b></p>	<input type="checkbox"/> Procură specială și autentică de reprezentare; <input type="checkbox"/> Copia actului de identitate al mandatarului valabil la data depunerii cererii (copie certificată „Conform cu originalul” de către un angajat BRD SAFPP SA / agent de marketing persoană fizică sau copie legalizată);
--	--	---

**D. REPREZENTAREA BENEFICIARULUI MINOR**

<p><b>DOCUMENTE ADIȚIONALE</b></p>	<p><b>Reprezentarea beneficiarului minor</b></p>	<input type="checkbox"/> Copia actului de desemnare a tutorelui/curatorului, certificată „Conform cu originalul” de către un angajat BRD SAFPP SA / agent de marketing persoană fizică <input type="checkbox"/> Copia actului de identitate a tutorelui/curatorului
------------------------------------	--	--

**IMPORTANT!**

1. Pentru minori, cererea privind plata contravalorii activului net se completează în numele minorului de către părintele supraviețuitor sau de către tutorele/curatorul pentru care s-a emis o decizie de administrare a bunurilor minorului sau care a fost desemnat să reprezinte minorul în relația cu BRD SAFPP.
2. În cazul în care nu s-a desemnat curator pentru administrarea bunurilor minorului sau pentru reprezentarea minorului în relația cu BRD SAFPP, prin aplicarea semnăturii pe prezenta cerere, părintele supraviețuitor al minorului își asumă faptul că este singurul reprezentant legal al minorului.
3. Beneficiarii minori cu capacitatea de exercițiu restrânsă (au împlinit 14 ani) semnează cererea împreună cu ocrotitorul legal care poate fi: părintele supraviețuitor, tutorele, curatorul desemnat special în acest sens sau altă persoană care exercită aceste drepturi și obligații potrivit legii.

În conformitate cu prevederile Legii 677/ 2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, dispuneți de următoarele drepturi: dreptul de informare, dreptul de acces, dreptul de intervenție, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a vă adresa justiției. Aveți dreptul de a vă opune prelucrării datelor personale și de a solicita ștergerea acestora, printr-o cerere întocmită în formă scrisă, datată și semnată, adresată S.C. BRD Societate de Administrare a Fondurilor de Pensii Private S.A. care prelucrează datele conținute în prezentul act în scopul prevăzut de Legea nr. 204 / 2006, privind pensiile facultative cu modificările și completările ulterioare.

**CERERE DE SOLICITARE A PLĂȚII ACTIVULUI PERSONAL NET AL PARTICIPANTULUI  
ÎN CAZ DE DECES**

Formular valabil începând cu data de 01.08.2016

**E. MODALITATEA DE PLATĂ**

<input type="checkbox"/> <b>Transfer bancar la</b>	Banca: _____	Sucursală: _____
Nume și prenume titular cont (beneficiar): _____		IBAN: _____
<input type="checkbox"/> <b>Mandat poștal*</b> : _____		

*\*se va preciza adresa la care să fie transmis mandatul poștal - aceasta trebuie să corespundă cu adresa de domiciliu a beneficiarului.*

**INFORMAȚII DESPRE VENITURILE NEIMPOZABILE**

În conformitate cu prevederile din Codul Fiscal, veniturile din pensii realizate de către persoanele fizice cu handicap grav sau accentuat nu sunt venituri impozabile. Astfel, participanții pot fi scutiți de la plata impozitului în cazul în care prezintă și un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat eliberat de comisiile teritoriale de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.

În acest sens, vă rugăm să bifați una dintre căsuțele de mai jos. În lipsa acestei declarații, veniturile dumneavoastră vor fi impozitate, iar BRD SAFPP nu răspunde pentru neaplicarea facilităților fiscale în situația neprezentării certificatului de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat valabil.

- Declar că dețin un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat valabil la data semnării cererii. Acest document se prezintă în original angajatului BRD SAFPP sau agentului de marketing persoană fizică, în vederea verificării și certificării conform cu originalul, sau în copie legalizată;
- Declar că nu dețin un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat.

**Taxe reținute la plata activului personal al participantului în caz de deces:**

Conform prevederilor legale în vigoare, din suma reprezentând contravaloarea cotei părți convenite din activul personal net al participantului vor fi deduse comisioanele bancare sau după caz taxele poștale percepute la plata efectivă, precum și impozitul reținut în conformitate cu prevederile legislației în vigoare.

**F. AGENT DE MARKETING**

**Spațiu destinat exclusiv băncii - Înainte de completarea acestei secțiuni este recomandată bifarea documentelor în secțiunea „B. DOCUMENTE NECESARE” pentru verificare (dacă documentația este completă și dacă au fost certificate/legalizate toate documentele necesare).**

Nume și prenume agent marketing: _____	Semnătura agent marketing: _____
Unitatea BRD: _____	Telefon: _____
Data primirii documentelor de către agentul de marketing: _____	

**G. INFORMAȚII REFERITOARE LA DATA SEMNĂRII CERERII ȘI SEMNĂTURA BENEFICIARULUI/REPREZENTANTULUI LEGAL**

<b>Beneficiar:</b> Declar pe proprie răspundere că informațiile incluse în prezenta cerere sunt corecte și conforme cu realitatea. Nume și prenume: _____ Semnătura beneficiar: _____ Data semnării cererii: _____	<b>Reprezentant legal al minorului sau părintele supraviețuitor (se va completa dacă este cazul):</b> Nume și prenume: _____ Semnătura: _____ Data semnării cererii: _____	<b>Se va completa doar dacă documentele sunt depuse de mandatar:</b> Semnătura mandatar (dacă este cazul): _____ Data semnării cererii de către mandatar (dacă este cazul): _____
---	---	---