

A. DATE BENEFICIAR (*Se completează cu datele participantului la Fondul de Pensii Facultative BRD Medio, în caz de plată a activului net ca urmare a împlinirii vârstei de 60 ani sau invaliditate ori cu datele beneficiarului în caz de deces).

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|--|
| Nume și prenume: | | | |
| CNP: | | Serie și număr act de aderare: | |
| Adresă e-mail: | | Telefon: | |
| Adresă de corespondență: | | | |

B. DATE PARTICIPANT (**Se completează cu datele participantului la Fondul de Pensii Facultative BRD Medio, în caz de deces)

| | | | |
|------------------|--|--------------------------------|--|
| Nume și prenume: | | | |
| CNP: | | Serie și număr act de aderare: | |

C. INFORMAȚII DESPRE EVENIMENTUL PRODUS ȘI DOCUMENTE NECESARE (Este recomandată bifarea documentelor pentru verificare și transmitere către BRD SAFPP SA)

| | | | |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------|
| Data producerii evenimentului (zz/ll/aaaa): | <input type="checkbox"/> Împlinirea vârstei de 60 ani | <input type="checkbox"/> Invaliditate | <input type="checkbox"/> Deces |
| TIPUL EVENIMENTULUI PRODUS | | | |

Documente necesare plata activ net:

| Împlinirea vârstei de 60 ani | Invaliditate | Deces |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cerere de solicitare a plății activului personal net al participantului, corect completată și semnată, în original; <input type="checkbox"/> Copie după actul de identitate/ pașaportul emis de către autoritățile române al participantului valabil la data depunerii cererii; <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 participantul). | <input type="checkbox"/> Cerere de solicitare a plății activului personal net al participantului corect completată și semnată, în original; <input type="checkbox"/> Decizia administrativă privind acordarea pensiei de invaliditate (copie certificată „Conform cu originalul” de către un angajat BRD SAFPP SA/ agent de marketing persoană fizică sau copie legalizată); <input type="checkbox"/> Certificatul de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat eliberat de comisiile teritoriale de evaluare a persoanelor adulte cu handicap sau o declarație pe propria răspundere că nu deține acest certificat (copie certificată „Conform cu originalul” de către un angajat BRD SAFPP SA / agent de marketing persoana fizică sau copie legalizată); <input type="checkbox"/> Copie după actul de identitate al participantului/ pașaportul emis de către autoritățile române valabil la data depunerii cererii; <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 participantul). | <input type="checkbox"/> Cerere de solicitare a plății activului personal net al participantului, corect completată și semnată, în original; <input type="checkbox"/> Copie după actul de identitate/pașaportul emis de către autoritățile române al beneficiarului valabil la data depunerii cererii; <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 cuvenită 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 certificatului de deces <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). |

Condiții necesare plată activului acumulat (Documentele să fie completate corect și în original conform legislației în vigoare)

| | | |
|--|--|---|
| Participantul trebuie să aibă vârsta împlinită de 60 ani la momentul în care completează cererea de plată a activului personal net. | Participantul trebuie să dețină o decizie pentru pensia de invaliditate . | Documentele vor fi depuse de fiecare beneficiar , personal, prin mandatar sau prin curator/tutore în baza documentului emis de instanța de tutelă în forma definitivă. |
|--|--|---|

D. 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 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 participantului prin mandatar, este recomandată bifarea documentelor de mai jos pentru verificare (dacă documentația este completă / dacă au fost certificate cu originalul / legalizate toate documentele) și transmiterea acestora către BRD Pensii.

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| DOCUMENTE ADIȚIONALE (doar pentru depunerea documentației) | Reprezentarea participantului | <input type="checkbox"/> Procură specială și autentică de reprezentare; <input type="checkbox"/> Copia actului de identitate valabil la data depunerii cererii; |
|--|--------------------------------------|--|

PENSIA PRIVATĂ FACULTATIVĂ (PILON 3)

| E .MODALITATEA DE PLATA | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Transfer bancar la Banca: _____ | Sucursala: _____ |
| Nume și prenume titular cont (participant) : _____ | Cont IBAN: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mandat poștal****: _____ | |
| ****se va preciza adresa la care să fie transmis mandatul poștal - aceasta trebuie să corespundă cu adresa de domiciliu a participantului. | |
| INFORMAȚII DESPRE VENITURILE NEIMPOZABILE | |
| <p>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.</p> <p>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 SA nu răspunde pentru neaplicarea facilităților fiscale în situația neprezentării certificatului de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat valabil.</p> <p><input type="checkbox"/> 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 SA sau agentului de marketing persoană fizică, în vederea verificării și certificării conform cu originalul, sau în copie legalizată;</p> <p><input type="checkbox"/> Declar că nu dețin un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat.</p> | |
| <p>Taxe reținute la plata activului personal al participantului: Conform prevederilor legale în vigoare, din suma reprezentând activul personal net al participantului vor fi deduse comisioanele bancare sau după caz taxele poștale percepute la plata efectivă, după caz, precum și impozitul reținut.</p> | |

Declar pe proprie răspundere că informațiile incluse în prezenta cerere sunt corecte și conforme cu realitatea.

| | | |
|---|---|---|
| Nume și prenume participant/beneficiar: _____ Semnătura participant /beneficiar: _____ Data semnării cererii: _____ | <p style="text-align: center;"><u>Reprezentant legal al minorului sau părinte</u> <u>(se va completa doar dacă este cazul):</u></p> Nume prenume: _____ Semnătura: _____ Data semnării cererii: _____ | <p style="text-align: center;"><u>Se va completa doar dacă documentele sunt depuse de mandatar:</u></p> Semnătura mandatar (dacă este cazul): _____ Data semnării cererii de către mandatar (dacă este cazul): _____ |
|---|---|---|

| F. AGENT DE MARKETING | |
|--|----------------------------------|
| <p><i>Înainte de completarea acestei secțiuni este recomandată bifarea documentelor în secțiunea „ C. INFORMAȚII DESPRE EVENIMENTUL PRODUS ȘI DOCUMENTE NECESARE” pentru verificare (dacă documentația este completă și dacă au fost certificate/legalizate toate documentele necesare).</i></p> | |
| Nume și prenume agent marketing: _____ | Semnătura agent marketing: _____ |
| Telefon : _____ | |
| Data primirii documentelor de către agentul de marketing: _____ | |

Conform Regulamentului General privind Protecția Datelor (Regulamentul U.E. 2016/679) și Notei de informare primită la dobândirea calității de participant (sau la o dată ulterioară, după caz), BRD Societate de Administrare a Fondurilor de Pensii Private S.A. prelucrează datele furnizate de către dumneavoastră, în scopurile expres menționate și în baza temeiurilor prevăzute de legislația privind protecția datelor cu caracter personal.

Pentru mai multe detalii referitoare la aspectele ce țin de protecția datelor personale și la drepturile conferite de lege, ne puteți transmite o solicitare la datele de contact menționate mai jos.