

CERERE DE SOLICITARE A PLĂȚII EȘALONATE A ACTIVULUI PERSONAL NET
A. DATE IDENTIFICARE BENEFICIAR*:

Nume și prenume:			
CNP:			
Adresa e-mail:		Telefon:	
Adresa de corespondență:			

**Se completează cu datele participantului la Fondul de Pensii Administrat Privat BRD, în caz de pensionare la limită de vârstă sau invaliditate ori cu datele beneficiarului, în caz de deces.*

B. DATE IDENTIFICARE PARTICIPANT:**

Nume și prenume:			
CNP:			

***Se completează cu datele participantului la Fondul de Pensii Administrat Privat BRD, în caz de deces*

C. DETALII EVENIMENT:

Data eveniment:		Tip eveniment:	<input type="checkbox"/> Pensionare la limită de vârstă <input type="checkbox"/> Invaliditate <input type="checkbox"/> Deces
-----------------	--	----------------	--

D. INFORMAȚII REFERITOARE LA PLATA EȘALONATĂ*:**

Plata lunară (minim 500 lei):	
-------------------------------	--

****Conform legislației în vigoare referitoare la plățile eșalonate, perioada minimă de plată este de două luni și cea maximă este de 60 luni, iar valoarea minimă de plată este de 500 lei.*

E. DOCUMENTE NECESARE PLATA ACTIV NET

Tipul evenimentului produs	Documente necesare
<input type="checkbox"/> Pensionare la limită de vârstă	<input type="checkbox"/> Cerere de solicitare a plății activului personal net al participantului, corect completată și semnată în original; <input type="checkbox"/> Copie a deciziei privind acordarea pensiei pentru limită de vârstă, certificată cu originalul de către un angajat BRD SAFPP SA/ Agent de marketing persoană fizică sau copie legalizată; <input type="checkbox"/> Copie după actul de identitate/pașaportul emis de către autoritățile române al participantului valabil la data de 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"/> Invaliditate	<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 persoană fizică sau copie legalizată); <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"/> 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 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).

F. 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/legalizate toate documentele) și transmiterea acestora către BRD SAFPP SA.

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

GROUPE SOCIETE GENERALE

CERERE DE SOLICITARE A PLĂȚII EȘALONATE A ACTIVULUI PERSONAL NET

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 SA 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 SA 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.

G. MODALITATE DE PLATA

Vă rugăm să indicați modalitatea dorită pentru a intra în posesia cuantumului activului personal net

<input type="checkbox"/> Plată în următorul cont bancar Titular cont – participant/beneficiar (nume și prenume):	<input type="checkbox"/> Plată prin mandat postal, la următoarea adresă
Banca/Sucursala: Cont IBAN	Adresa mandat postal****:
<p>Intrucât v-ați exprimat dorința de esalonare a activului personal net conform cotă parte, BRD S.A.F.P.P. S.A., va deduce faptul că opțiunea de transfer a sumei convenite în contul de pensii obligatorii, nu este activă.</p> <p><input type="checkbox"/> Transferul activelor se va efectua la fondul de pensii private la care sunteți participant, se va specifica: Numele Fondului de pensii Administrat Privat <input type="text"/> Numărul actului de aderare aferent pensiei private: <input type="text"/></p>	

****Adresa trebuie să fie cea menționată în actul de identitate pus la dispoziție. În cazul în care aveți viză de reședință, vă rugăm să ne trimiteți copia acestui document, semnată pentru conformitate.

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

Nume și prenume participant/ beneficiar: <input type="text"/> Semnătura participant / beneficiar: <input type="text"/> Data semnării cererii: <input type="text"/>	<p><u>Reprezentant legal al minorului sau părintele supraviețuitor (se va completa dacă este cazul):</u></p> Nume și prenume: <input type="text"/> Semnătura: <input type="text"/> Data semnării cererii: <input type="text"/>	<p>Se va completa doar dacă documentele sunt depuse de mandatar:</p> Semnătura mandatar (dacă este cazul): <input type="text"/> Data semnării cererii de către mandatar (dacă este cazul): <input type="text"/>
--	---	---

H. AGENT DE MARKETING:

Înainte de completarea acestei secțiuni este recomandată bifarea documentelor în secțiunea „E. Documente necesare plata activ net” pentru verificare (dacă documentația este completă și dacă au fost certificate/legalizate toate documentele necesare).

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.

BRD Societate de Administrare a Fondurilor de Pensii Private S.A. - Capital Social subscris și vărsat: 28.570.000 LEI, R.C. J40/12386/27.06.2007

CUI: 22001457; Numărul de operator la registrul de evidență a operatorilor de date personale: 5463; <http://www.brdpensii.ro>

Str. Gheorghe Polizu, Nr. 58 - 60, Etaj 8 (zona 1, 2 și 4), Sector 1, București, Cod poștal: 011062 - Tel: 021.408.29.39; Fax: 021.408.29.20

Nr. deciziei de autorizare ca administrator: 73/08.08.2007; Nr. deciziei de autorizare a prospectului schemei de pensii private: 74/08.08.2007;

Nr. deciziei de autorizare a Fondului de Pensii Administrat Privat BRD: 107/28.08.2007