

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 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.**

B. DATE IDENTIFICARE PARTICIPANT:**

Nume și prenume:			
CNP:			

****Se completează cu datele participantului la Fondul de Pensii Facultative BRD Medio, în caz de deces.**

C. DETALII EVENIMENT:

Data eveniment:		Tip eveniment:	<input type="checkbox"/> Împlinirea vârstei de 60 ani <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"/> Împlinirea vârstei de 60 ani	<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"/> 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 al beneficiarului/pașaportul emis de către autoritățile române 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 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 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 revindicarea 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:			

