

Nume și prenume participant _____ CNP participant _____

Prin prezenta, solicit în calitate de participant, activul personal deținut la Fondul de pensii administrat privat Vital.

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! Plată 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 tarifulor publicate pe site-ul 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 că 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 taxele poștale determinate de transferul sumei prin mandat poștal, conform tarifulor publicate pe site-ul 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 copie legalizată. În acest sens, **vă rugăm să bifați una dintre căsuțele de mai jos. În lipsa acestei declarații și a certificatului, veniturile dumneavoastră vor fi impozitate.**

- ☐ Dețin un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat valabil la data semnării cererii, pe care îl depun în copie legalizată.
- ☐ Nu dețin un certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat.
- Am luat la cunoștință că impozitul pe venit din pensii se calculează prin aplicarea cotei de impunere de 10% asupra venitului impozabil din pensii. Venitul impozabil este constituit din sumele care depășesc contribuțiile nete ale participanților, la care se aplică plafonul de venit neimpozabil de 3.000 lei.
 - Am luat la cunoștință că prezenta cerere, completată și semnată în original, poate fi transmisă prin intermediul serviciilor poștale sau similare. În cazul în care cererea este transmisă prin intermediul mijloacelor de comunicare electronice, aceasta va fi semnată de către participant cu semnătură electronică calificată.
 - Prin semnarea acestei cereri, în calitate de participant/persoană mandatată, confirm că cele declarate sunt corecte și adevărate și solicit administratorului Carpathia Pensii – Societate de Administrare a Fondurilor de Pensii Private S.A. acordarea drepturilor ce îmi revin conform Legii nr. 411/2004 privind fondurile de pensii administrate privat, republicată, 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 site-ul www.carpathiapensii.ro în secțiunea „Prelucrare date personale – Prelucrare date personale Carpathia Pensii”.

Date de identificare persoană mandatată (dacă este cazul)

Nume și prenume mandatar _____ CNP mandatar _____

Adresă mandatar _____

Email mandatar _____ Telefon mandatar _____ (obligatoriu)

Data completării cererii _____ Semnătură participant / persoană mandatată

_____/_____/_____

Carpathia Pensii S.A.F.P.P. S.A. este operator de date cu caracter personal conform Regulamentului nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).