

Nume și prenume participant:

CNP: Telefon:

Adresa de corespondență: str. nr. bl. sc. ap. et.

localitatea județul

Adresa de corespondență va fi preluată în baza de date BCR Pensii și utilizată în comunicările ulterioare

Adresa de e-mail personală:

Nume și prenume mandatar:

CNP: Telefon:

Adresa de corespondență: str. nr. bl. sc. ap. et.

localitatea județul

(Reprezentarea participantului este permisă doar pentru depunerea cererii de plată și a documentelor însoțitoare)

Adresa de e-mail personală:

☐ **Plata prin cont bancar (în lei)**

Titular de cont (participant)*

Nume și Prenume:

IBAN (24 caractere):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banca:

sau

☐ **Plata prin mandat postal la adresa de domiciliu a participantului (adresa din documentul de identitate) ****

În conformitate cu prevederile legislației fiscale în vigoare, venitul din pensii este impozabil în conformitate cu prevederile legislației fiscale în vigoare la data efectuării plății. BCR PENSII, S.A.F.P.P. SA va proceda la calculul și reținerea sumelor respective, conform prevederilor legale aplicabile

Dacă aveți setată pe cont o plată repetitivă (standing-order) pentru a vi se vira automat contribuția la fondul de pensii, vă rugăm să vă adresați băncii la care aveți deschis contul și să solicitați anularea acesteia.

5. DOCUMENTE NECESARE:

Documente obligatorii – toate documentele de mai jos sunt necesare pentru acordarea drepturilor bănești:	Formă depunere documente	
	Depunere: Prezentare la sediul BCR Pensii	Depunere: Transmitere poștală/curierat
☐ Cererea de plată	Original	Original
☐ Documentul de identitate, valabil la data remiterii cererii de plată	Copie	Copie
☐ Decizia administrativă valabilă privind acordarea pensiei de invaliditate, respectiv a unei categorii similare de pensie	Original*	Copie legalizată
Documente incidente după caz – documentele de mai jos sunt necesare în funcție de particularitățile fiecărui dosar:	Formă depunere documente	
	Depunere: Prezentare la sediul BCR Pensii	Depunere: Transmitere poștală/curierat
☐ Decizia medicală în cazul acordării unei categorii similare de pensie, pt militari, politistii și funcționarii publici cu statut special care și-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă	Copie	Copie
☐ Extras de cont sau orice fel de document emis de bancă care certifică IBAN-ul contului și calitatea dumneavoastră de titular al contului, în cazul în care solicitați plata în cont bancar	Original/copie	Copie
☐ Procură specială autentică, în cazul mandatarului (cu mențiunea de reprezentare în fața BCR Pensii)	Original*	Copie legalizată
☐ Documentul de identitate valabil la data depunerii cererii de plată pentru mandatar/reprezentat legal, în cazul reprezentării	Copie	Copie
☐ Certificatul de încadrare în grad de handicap, grav sau accentuat, eliberat de comisiile teritoriale de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, aflat în perioada de valabilitate****	Original*	Copie legalizată
☐ Documentul care atestă numărul de identificare fiscală atribuit de către organul fiscal, pentru persoanele fizice care nu dețin cod numeric personal	Copie	Copie
☐ Documentul care atestă încadrarea în categoria de persoane fizice exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, potrivit prevederilor art. 154 din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare	Copie	Copie

*Administratorul pastreaza copiile acestora, după verificarea conformității cu originalul

* Participantul poate transmite documentele inclusiv prin intermediul mijloacelor de comunicare electronice, prin semnarea cu semnătură electronică calificată: de către participant pentru Cererea de plată, de către casele teritoriale de pensii pentru Decizia administrativă privind acordarea pensiei de invaliditate, de către comisiile teritoriale de evaluare a persoanelor adulte cu handicap pentru certificatul de handicap grav sau accentuat, de către notariatele publice pentru procura specială autentică sau pentru copia legalizată în formă electronică a Deciziei administrative privind acordarea pensiei de invaliditate, a certificatului de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat sau a procurii speciale autentice în cazul mandatarului, însoțite de documentul de identitate al participantului, precum și decizia medicală în cazul acordării unei categorii similare de pensie, în copie electronică.

6. INFORMAȚII DESPRE PLATA – Vă rugăm să optați pentru una dintre următoarele variante privind adresa la care doriți să vă fie transmisă informarea despre completarea dosarului / efectuarea plății:

- ☐ Adresa de e-mail personală (mai sus menționată)
- ☐ Adresa de domiciliu (din documentul de identitate valabil atașat)
- ☐ Adresa de corespondență (mai sus menționată)

ÎN CAZUL ÎN CARE **NU DEȚINEȚI UN CERTIFICAT DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP, GRAV SAU ACCENTUAT, AFLAT ÎN PERIOADĂ DE VALABILITATE, BIFAȚI CĂSUȚA DE MAI JOS.**

☐ **Declar pe proprie răspundere că nu dețin un certificat de încadrare în grad de handicap, grav sau accentuat, eliberat de comisiile teritoriale de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.**

Important:

* Titularul contului indicat în cerere nu poate fi decât participantul. Mandatarul poate completa cererea și poate efectua toate formalitățile legale necesare la societatea de pensii, dar nu va putea încasa sumele cuvenite participantului într-un cont propriu. Transferul sumelor se va efectua în contul participantului, exclusiv.

** Adresa mandatului poștal va fi cea menționată în documentul de identitate anexat la prezenta cerere. Participanții/Beneficiarii care solicită plata activului personal net prin mandat poștal și se identifică prin carte electronică de identitate fără domiciliu transmit administratorului fondului de pensii facultativ documentul care atestă dovada domiciliului. În cazul în care aveți viză de flotant, vă rugăm să depuneți și o copie a acestui document, semnată de Dvs. pentru conformitate cu originalul pe aceeași pagină cu pagina reproducă prin copiere. În situația participanților puși sub interdicție adresa participantului reprezintă adresa de domiciliu, conform prevederilor legale sau actelor juridice de încredințare.

*** În cazul în care vă modificați opțiunea modalității tipului de plată (unică/eșalonată, valorii ratei și a modalității de plată), este necesară **retransmiterea următoarelor documentate** : Cererea de plată, documentul de identitate, valabil la data remiterii cererii, extrasul de cont sau orice fel de document emis de bancă care certifică IBAN-ul contului și calitatea dumneavoastră de titular al contului și procura specială autentică, în cazul mandatarului, în forma prevăzută la punctul 5 de mai sus.

**** Participanții/beneficiarii pot fi scutiți de la plata impozitului, conform prevederilor Codului Fiscal, dacă dețin și prezintă un certificat de încadrare în grad de handicap, grav sau accentuat, eliberat de comisiile teritoriale de evaluare a persoanelor adulte cu handicap.

Dacă dețineți certificat de încadrare în grad de handicap grav sau accentuat va informam ca pentru aplicarea scutirilor fiscale prevăzute de Codul Fiscal este necesar sa prezentați originalul acestui certificat sau o copie legalizată*. În măsura în care nu veți prezenta certificatul în forma prevăzută de legislația fiscală, BCR Pensii va fi în imposibilitatea de a aplica deducerea fiscală prevăzută de art. 60 pct. 1 din Codul fiscal.

Declarația Participantului:

Prin semnarea prezentei cereri declar, cunoscând sancțiunile legii privind falsul în declarații că toate informațiile și documentele care îmi însoțesc cererea, indiferent de forma în care sunt prezentate, sunt conforme, reale și valabile la data depunerii cererii și că nu există niciun litigiu/dispută asupra niciunui document prezentat de mine în cadrul procedurii de plată a activului. Declar în mod expres că mențin această declarație pe tot parcursul derulării procedurii de plată a activului cuvenit cât și la momentul la care mi se va efectua plata activului.

De asemenea, mă oblig să înștiințez BCR Pensii în situația în care iau la cunoștință de apariția oricăror elemente și/sau evenimente de natură să contrazică declarațiile date de mine prin prezenta.

Prin semnarea prezentei cereri îmi dau acordul în mod expres că eventualele sume plătite mie de către BCR Pensii în cadrul procedurii de plată a activului personal în mod necuvenit sau plătite terților ca urmare a eventualelor declarații false date de către mine prin prezenta, să le returnez în maxim 15 zile de la data înștiințării primite în acest sens de la BCR Pensii.

Declarația Mandatarului:

În calitate de mandatar al participantului îmi asum în totalitate declarațiile participantului de mai sus, așa cum sunt ele formulate la paragraful anterior "Declarația Participantului". În plus declar că solicitarea făcută de mine prin prezenta cerere este în acord cu mandatul expres acordat de către participant.

De asemenea, recunosc și garantez BCR Pensii că aceasta nu poate fi ținută răspunzătoare în niciun fel față de participant, alți mandatar, instanța de tutelă, alți terți, etc. pentru acțiunile și/sau inacțiunile mele întreprinse cu depășirea mandatului dat, ca urmare a revocării acestuia sau ca urmare a eventualelor declarații false date în prezenta cerere. În acest sens mă oblig să despăgubesc BCR Pensii (în mod solidar cu participantul) pentru eventualele sume plătite de către BCR Pensii în cadrul procedurii de plată a activului personal în mod necuvenit (participantului sau terților) ca urmare a eventualelor declarații false date de către mine prin prezenta în maxim 15 zile de la data înștiințării primite în acest sens de la BCR Pensii.

Vă aducem la cunoștință faptul că, în temeiul legii în vigoare, din suma reprezentând contravaloarea activului net al participantului, se vor deduce comisioanele bancare pentru efectuarea viramentelor sau, după caz, taxele poștale (în cazul în care ați optat pentru plata sumelor cuvenite prin mandat poștal). De asemenea, în măsura în care legea impune deducerea unor taxe sau impozite specifice, cu reținere la sursă, atunci BCR PENSII, SOCIETATE DE ADMINISTRARE A FONDURILOR DE PENSII PRIVATE SA va proceda la calculul și reținerea sumelor respective, conform prevederilor legale aplicabile.

Semnătura pe acest document atestă faptul că cele declarate mai sus sunt corecte, complete și adevărate, cererea având drept scop acordarea drepturilor bănești ce se cuvin participantului, în temeiul Legii nr.204/2006 privind pensiile facultative, cu modificările și completările ulterioare.

În cele de mai jos, eu, participantul semnez prezenta cerere personal/prin mandatar (după caz):

Data completării cererii:	Semnătura:
Numele și Prenumele trecut în clar:	