

PENSIONIKINDLUSTUSLEPINGU LÕPETAMISE AVALDUS

Käesoleva avalduse täidab kindlustusvõtja või tema volitatud esindaja.

KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja
Perekonnanimi _____ Isikukood _____

Address _____
Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald ja maakond

Telefon _____ E-mail _____

Kindlustuspoliisi nr 70-5 _____ - _____

Soovin lõpetada minu sõlmitud kindlustuspensioni lepingu alates 31.08.2021 seisuga ja lepingu tagasiostuväärtus kanda ühekordse maksena minu arvelduskontole.

NB! tagasiostuväärtuselt peab ERGO kinni seadusest tulenevalt 10% tulumaksu, mis kantakse väljamakse tegija poolt Maksu- ja tolliametile.

Lisad Isikut tõendava dokumendi koopia

Palun kanda raha arvelduskontole nr _____

Pank _____

Kinnitan, et olen esitanud õiged ja täielikud andmed.

TAOTLUSE ESITAJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____

AVALDUSE VASTUVÕTJA

_____ Ees- ja perekonnanimi

Kuupäev _____
Päev, kuu, aasta

Allkiri _____