

Kuupäev: \_\_\_\_\_

## KINDLUSTUSVÕTJA

Ees- ja perekonnanimi	Isikukood	Kontaktaadress
Telefon	E-post	

Seoses Gyvybės draudimo UAB "SB draudimas" Eesti filiaaliga sõlmitud kindlustuslepingu nr \_\_\_\_\_ kindlustusperioodi lõppemisega \_\_\_\_\_ palun mulle kindlustuspension välja maksta ühekordse maksena minu:

arvelduskontole \_\_\_\_\_ ;

uude pensionilepingusse \_\_\_\_\_ .

Maksuresidentsus (riik) \_\_\_\_\_ .

## ANDMED RIIKLIKU TAUSTAGA ISIKU KOHTA

Kas kindlustusvõtja, tema perekonnaliikmed või lähedased kaastöötajad on riikliku taustaga isikud?

EI

JAH

Palun täpsustage riikliku taustaga isiku ees- ja perekonnanimi, elukoht, riiklik asutus ja ametipositsioon.

Enne kogumispensionilepingust väljamakse tegemise otsust veenduge, kas ja millises ulatuses mõjutab väljamakse Teie aastase maksuvaba tulu arvestust. Täpsem info maksuameti kodulehel [www.emta.ee/et/maksuvaba-tulu](http://www.emta.ee/et/maksuvaba-tulu).

Olen teadlik, et väljamakstavast summast peetakse kinni tulumaks (10%) vastavalt kehtivale seadusele.

## Lisainfo:

## KINDLUSTUSVÕTJA

Nimi	Allkiri
------	---------

## KINDLUSTUSANDJA

Avalduse vastuvõtja nimi	Allkiri
--------------------------	---------

**NB! Avaldusele palume lisada isikut tõendava dokumendi koopia, mille vastavust isikule on kinnitanud kirjalikult avalduse vastuvõtja.**