|  |  |
| --- | --- |
| Frjálsi lífeyrissjóðurinn | C:\Users\asgerdur\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\6PY9OERI\logo.png |
| Umsókn um **hálfan** ellilífeyri úr samtryggingu og/eða bundinni séreign |

**Ég óska eftir útgreiðslu hálfs ellilífeyris úr samtryggingu og/eða bundinni séreign:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Nafn sjóðfélaga  |  | Kennitala |
|       |  |       |  |       |
| Heimilisfang |  | Póstnúmer |  | Staður |
|       |  |       /       |
| **Netfang** |  | Sími / GSM |

**Útgreiðslur úr Frjálsu leiðinni og Tryggingaleiðinni. Greitt er úr samtryggingarsjóði síðasta virka dag næsta mánaðar eftir að umsókn berst sjóðnum. Sjá nánari útgreiðslureglur á baksíðu.**

|  |
| --- |
| [ ]  1. Ég óska eftir mánaðarlegum hálfum ellilífeyri úr samtryggingu . Ég geri mér grein fyrir að ef ég er yngri en 67 ára og á réttindi í Tryggingaleiðinni eða yngri en 70 ára og á réttindi í Frjálsu leiðinni þá er um snemmtöku lífeyris að ræða. Við það lækka mánaðarlegar lífeyrisgreiðslur mínar m.v. áunnin réttindi mín. |
|   |

**Útgreiðslur úr Erfanlegu leiðinni. Greitt er úr samtryggingarsjóði síðasta virka dag næsta mánaðar eftir að umsókn berst sjóðnum. Veljið aðeins einn af tveimur valkostum. Sjá útgreiðsludaga bundinnar séreignar og nánari útgreiðslureglur á baksíðu.**

|  |
| --- |
| [ ]  1. Ég óska eftir mánaðarlegum hálfum ellilífeyri úr bundinni séreign til [ ]  82[ ]  83[ ]  84[ ]  85 ára aldurs. Eftir það mánaðarlegum ellilífeyri úr samtryggingu til æviloka. *(Athugið að velja þarf til hvaða aldurs svo hægt sé að áætla mánaðarlegar greiðslur bundinnar séreignar. Hálfan ellilífeyri er þó mest hægt að fá greiddan til 80 ára aldurs).* |
| [ ]  2. Ég óska eftir eingreiðslu bundinnar séreignar. *Mögulegt ef eign er undir 1.336.888 kr. v. 2019. Má dreifa á fjölda mánaða skv. óskum sjóðfélaga.* Ég óska eftir mánaðarlegum ellilífeyri úr samtryggingu frá [ ]  82 ára [ ]  83 ára [ ]  84 [ ]  85 ára aldri. Ef ekkert er valið hefjast útgreiðslur sjálfkrafa við 85 ára aldur.  |
| **Athugasemdir:**  |  |
|  |       |  |
|  |

**Staðfesting til Tryggingastofnunar og annarra lífeyrissjóða:** Ætli sjóðfélagi að sækja um hálfan ellilífeyri frá Tryggingastofnun þarf hann áður að sækja um hálfan ellilífeyri í öllum lífeyrissjóðum sem hann á réttindi í. Staðfesting á umsókn verður send til Tryggingastofnunar eftir að umsókn um útgreiðslu hefur verið móttekin. Umsókn þessi verður send öðrum lífeyrissjóðum sem ég á rétt í, nema óskað sé eftir öðru hér að neðan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Athugasemdir:**      |  |
|  |

**Útgreiðslu óskast ráðstafað á bankareikning sem er skráður á kennitölu sjóðfélaga:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bankanúmer:      | Höfuðbók:   | Reikningsnúmer:      |

**Skattaupplýsingar:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lífeyrisgreiðslur eru staðgreiðsluskyldar eins og aðrar tekjur. Skattþrepin eru nú þrjú. Ef þú hefur tekjur annars staðar sem hafa áhrif á útreikning staðgreiðslu þá berð þú ábyrgð á að upplýsa sjóðinn um það með því að skrá aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur hér að neðan eða númer þess skattþreps sem skattlagning á að hefjast í.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aðrar mánaðarlegar skattskyldar tekjur, fyrir skatt: |       | eða númer skattþreps sem skattlagning á að hefjast í: |       |

**Persónuafsláttur**: sjóðnum er ekki heimilt að nálgast upplýsingar um fyrri nýtingu þína, þrátt fyrir að skattkort séu nú rafræn, vinsamlegast skráðu óskir þínar hér:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ég óska eftir að nýta |       | (% eða kr.) af persónuafslætti mínum frá og með dags: |       |  | ***Nafn maka:*** |
| Ég óska eftir að nýta |       | (% eða kr.) af persónuafslætti **maka** frá og með dags: |       |  |       |
| Ég óska eftir að nýta |       | (kr.) ónýttan/uppsafnaðan persónuafslátt. |  |  | *****K****ennitala maka:*** |
| Ég óska eftir að nýta |       | (kr.) ónýttan/uppsafnaðan persónuafslátt **maka**. |  |  |       |
|  |  |  |  |  |

Heimilt er að nýta persónuafslátt maka 100% ef um samsköttun er að ræða og ennfremur látins maka í 9 mánuði frá andláti. Allar nánari upplýsingar á [www.rsk.is](http://www.rsk.is). |

**Vakin er athygli á því að hægt er að panta tíma í útgreiðsluráðgjöf hjá lífeyrisráðgjafa með því að hringja í síma 444 7000 eða senda tölvupóst á lifeyristhjonusta@arionbanki.is.**

**Ég geri mér grein fyrir að greiðslur úr lífeyris- og séreignarsjóðum geta haft áhrif á réttindi mín frá Tryggingastofnun.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| **Staður og dagsetning** |  | **Undirskrift sjóðfélaga** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |       |
| **Móttekið fyrir hönd Frjálsa lífeyrissjóðsins (nafn starfsmanns)** |  | **Útibúanúmer** | **Dagsetning** |

Sendist á utgreidslur@arionbanki.is eða í pósti til Lífeyrisþjónustu, Túngötu 3, 580 Siglufirði Eintak Frjálsa lífeyrissjóðsins - B-beiðni