|  |  |
| --- | --- |
| Frjálsi lífeyrissjóðurinn | C:\Users\asgerdur\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\6PY9OERI\logo.png |
| Umsókn um útgreiðslu tilgreindrar séreignar til sjóðfélaga |

**Ég óska eftir útgreiðslu tilgreindrar séreignar úr Frjálsa lífeyrissjóðnum:**

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

**Ástæða umsóknar**  Aldur  Örorka

**Tilhögun útgreiðslu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Greitt skal út:** (veljið aðeins einn af útgreiðslumöguleikunum hér að neðan) | | | | | | | | Mánaðarlega á |  | árum | Árlega á |  | árum | | | Mánaðarlega kr. |  | | Árlega kr. |  | |  |   (skrá skal fjárhæð fyrir skatt) (skrá skal fjárhæð fyrir skatt)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Í eingreiðslu\*:** | Fá alla inneign útgreidda, eða | Fá eftirfarandi fjárhæð útgreidda |  |   (skrá skal fjárhæð fyrir skatt)   |  |  | | --- | --- | | Annað: |  | |  | | |

**Fylgigögn með umsókn:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nauðsynleg fylgigögn vegna örorku sjóðfélaga eru a.m.k. eitt af eftirtöldu:** | |  | | |
|  | Afrit af örorkuskírteini frá Tryggingastofnun |  |  |  |
|  | Afrit af örorkuúrskurði frá lífeyrissjóði | | |  |
|  | Afrit af svarbréfi frá Tryggingastofnun þar sem tímabil endurhæfingarlífeyris er tilgreint, hægt að nálgast það á mínum síðum á tr.is | | |  |
|  | Staðfesting frá Tryggingastofnun, þar sem tímabil endurhæfingarlífeyris er tilgreint | | |  |
|  | **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 SiglufirðiEintak Frjálsa lífeyrissjóðsins - B-beiðni