

Väljamakse avaldus

Application for Benefit Payment

AVALDUSE ESITAJA / APPLICANT (soodustatud isik / beneficiary)

Eesnimi / First name _____ Perekonnanimi / Last name _____ Isikukood / Personal code _____

Address / Address _____

Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald / Street, house no, apt no, (farm, village) postal code, city or district or parish

Telefon / Phone _____ E-post / E-mail _____

Sünniriik / Country of birth _____ Kodakondsus / Citizenship _____ Maksuresidentsus / Tax Residency _____ Olen riikliku taustaga isik / I am a politically exposed person Jah / Yes Ei / No

KINDLUSTUSVÕTJA / POLICYHOLDER (täita kui kindlustusvõtja on erinev soodustatud isikust / to be completed if the policyholder is different from the beneficiary)

Eesnimi / First name _____ Perekonnanimi / Last name _____ Isikukood / Personal code _____

Address / Address _____

Tänav, maja nr, korteri nr (talu, küla), sihtnumber, linn või vald / Street, house no, apt no, (farm, village) postal code, city or district or parish

Telefon / Phone _____ E-post / E-mail _____

Sünniriik / Country of birth _____ Kodakondsus / Citizenship _____ Maksuresidentsus / Tax Residency _____ Olen riikliku taustaga isik / I am a politically exposed person Jah / Yes Ei / No

Kindlustuspoliisi nr / Policy no. 70-5 _____ - _____

Soovin / I would like to saada kindlustushüvitist seoses kindlustuslepingu lõppemisega / receive insurance compensation at the end of the insurance period

kindlustuslepingu ennetähtaegselt lõpetada alates / terminate the insurance contract early from _____

pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy

KINDLUSTUSHÜVITIS / INSURANCE BENEFIT

Vali üks või mitu, mitme valimisel jagage hüvitise osakaal / Choose one or multiple. If you choose multiple, divide the compensation share.

Soovin kindlustushüvitise / I would like the insurance benefit

saada ühekordse väljamaksena / to be paid as lump-sum payment _____ %

saada regulaarsete maksetena (lepingud sõlmitud enne 2021) / to be paid as regular payments (policies signed before 2021)

kanda ühekordse täiendava sissemaksena ERGO poliisile / to be transferred as a lump-sum payment to ERGO policy _____ 70-5 _____ - _____ %

kanda / to be transferred _____ % viitenumber / ISIN reference no. / ISIN _____
teenusepakkuja, pensionifond / service provider, pension fund

ARVELDUSKONTO ANDMED / ACCOUNT DETAILS

Arvelduskonto omanik / Bank account holder _____

Panga nimi / Name of the bank _____

Arvelduskonto nr / Account no. _____

ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal

Veskiposti 2/1, 10138 Tallinn
Registrikood 12025488
KMKR 101423450
Telefon: (+372) 610 6677
E-post: elukindlustus@ergo.ee
www.ergo.ee

ERGO Life Insurance SE Estonian Branch

Veskiposti 2/1, 10138 Tallinn
Register code 12025488
VAT 101423450
Phone: (+372) 610 6677
E-mail: elukindlustus@ergo.ee
www.ergo.ee

ERGO

Kinnitan, et ülaltoodud andmed on õiged ja täielikud. Tean, et pensionikindlustuse puhul on kindlustusandjal õigus kontrollida enne väljamakse tegemist rahvastikuregistri andmeid /

I confirm that the above information is correct and complete. I am aware that in the case of pension insurance, the insurer has the right to check the population register data before making a payment.

Paber kandjal täidetud avaldusele tuleb lisada kindlustusvõtja isikut tõendava kehtiva dokumendi koopia /

A copy of the policyholder's valid identity document must be attached in case of paper application.

Kindlustusvõtja / Policyholder

Ees- ja perekonnanimi / First and Last name

Kuupäev / Date

Allkiri / Signature

_____ | _____ | _____
pp.kk.aaaa / dd.mm.yyyy