KINDLUSTUSANDJA ERGO Elukindlustuse AS
Lauteri 5, 10114 Tallinn, registrikood 10016829; tel 610 6677, faks 610 6676, e-post: infoelu@ergo.com.ee

ERGO

VÄLJAMAKSETAOTLUS
Kindlustustähtaja lõpp

PALUME TÄITA TRÜKITÄHTEDEGA

KINDLUSTUSPOLIIS nr 70-5 ⌊__⌋ - ⌊_____⌋

SOODUSTATUD ISIK
Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood ⌊_____⌋
Aadress _____ Telefon _____
_____ Hüvitise osa protsentides _____

KINDLUSTATUD ISIK
Ees- ja perekonnanimi _____ Isikukood ⌊_____⌋
Aadress _____

KINDLUSTUSVÕTJA
Ees- ja perekonnanimi/ nimetus _____ Isikukood/ registrikood ⌊_____⌋
Aadress _____ Telefon _____

Käesolevaga palun maksta mulle välja kindlustushüvitis seoses kindlustustähtaja lõppemisega.

Soovin saada kindlustushüvitise
Palume teha rist sobivasse kasti

☐ ühekordse väljamaksena
☐ tähtajalise pensionina Väljamakse periood _____ aastat
☐ eluaegse pensionina Garanteeritud periood _____ aastat

Pensioni väljamaksmise viis: kord ☐ aastas ☐ poolaastas ☐ kvartalis ☐ kuus

Palun alustada pensioni väljamaksmist alates _____ kuust ⌊____⌋ aasta

Väljamaksetaotluse lisad

☐ Poliis
☐ Viimase kindlustusmakse tasumist tõendav dokument (vajadusel)
☐ Kindlustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia
☐ Soodustatud isiku isikut tõendava dokumendi koopia

Palun kanda raha arvelduskontole

Pank ja arvelduskonto nr _____ ⌊_____⌋
Konto omaniku ees- ja perekonnanimi _____

Kinnitan, et olen esitanud õiged ja täielikud andmed. Olen teadlik, et pensionikindlustuse puhul on kindlustusandjal õigus omal kulul kontrollida, kas kindlustatud isik on enne järjekordse väljamakse sooritamist elus.

Soodustatud isiku allkiri _____ Taotluse täitmise kuupäev ⌊_____⌋ Päev, kuu, aasta Koht _____

ERGO Elukindlustuse ASi kahjukäsitlejad: A. Lauteri 5, 10114 Tallinn, tel (0) 610 6679, (0) 610 6682