

KINDLUSTUSLEPINGU TÄHTAEGSE LÖPPEMISE AVALDUS

AVALDUSE ESITAJA

Ees- ja perekonnanimi / Juriidilise isiku nimi	Isikukood / Registrikood	Poliis number
Postiaadress (tänav, maja- ja korterinumbr (tal, küla ja vald), postindeks, linn / maakond, riik)		
E-posti aadress		Kontakttelefon
<input type="checkbox"/> soovin loobuda paberkirjadest		

Seoses kogumisperioodi lõppemisega ____ . ____ . 20____ palun üle kanda:

ÜHEKORDNE PENSION TÄHTAJALINE PENSION ELUAEGNE PENSION KINDLUSTUSLEPINGU RESERV

Kehtivale lepingule, poliis/viitenumber

Kindlustusseltsi või fondi nimi

Sõlmitavale garanteeritud tootlusega lepingule....., sh esimene regulaarne makse eurot

Sõlmitavale investeerimisriskiga lepingule....., sh esimene regulaarne makse eurot

Kindlustusseltsi või fondi nimi

Arvelduskontole nr

Arvelduskonto omaniku nimi Panga nimi ja riik

See ON EI OLE investeerimiskonto

Summa kandmisel arvelduskontole PEETAKSE KINNI TULUMAKS TULUMAKSU KINNI EI PEETA

Summa kandmisel lepingule PEETAKSE KINNI TULUMAKS TULUMAKSU KINNI EI PEETA

Soovin määrata soodustatud isikuks:

kogumisperioodi lõppedes kindlustusvõtja (täidab kindlustusvõtja, kui soovib soodustatud isikuks määrata iseenda)

pensionikindlustuse garanteeritud perioodi jooksul (isiku nimi ja isikukood):

Soodustatud isiku seos kindlustusvõtja ja kindlustatud isikuga (täitke (va laste kogumiskindlustus), kui soodustatud isik ei ole kindlustusvõtja või kindlustatud isik):

Soovin muuta pensioni maksmise tingimusi (täidab kindlustusvõtja, kui soovib endale makstavat pensioni muuta)

pensionimakse: ühekordne eluaegne tähtajaline, aastat

pension saamise sagedus: kuu kvartal

garanteeritud periood: ei jah, aastat

Lisateave:

.....

.....

MAKSURESIDENTSUS JA TEGELIKUD KASUSAAJAD

Olen välisriigi maksuresident ja soovin, et mulle **kogumispensioni kindlustuslepingu** või **investeerimisriskiga kindlustuslepingu** alusel tehtav väljamakse maksustatakse vastavalt minu maksuresidentsuse riigi ja Eesti riigi vahel sõlmitud maksulepingu tingimustele

Kui Te ei ole oma välisriigi maksuresidentsust registreerinud Eesti Maksu- ja Tolliametis, siis esitage täiendavalt maksuresidentsuse tõend (certificate of residency), mille on välja andnud Teie maksuresidentsuse riigi maksuamet. Tõendi puudumisel maksustatakse tehtud väljamakse vastavalt Eestis kehtivatele õigusaktidele.

Maksuresidentsuse riik	Maksukohustuslase identifitseerimisnumber	
Elukoha aadress (täidetakse, kui erineb postiaadressist)	Sünnikoht (riik)	Sünniaeg (kui ei ole Eesti isikukood)
Olen tegelik kasusaaja <input type="checkbox"/> Jah <input type="checkbox"/> Ei <i>Kui „Ei“, esitage tegeliku kasusaaja avaldus</i>	Juriidilise isiku maksuresidentsus ja tegelikud kasusaajad Esitage ettevõtte ankeet	

Tegelik kasusaaja on füüsiline isik, kellel on omandi või muul viisil kontrollimise kaudu lõplik valitsev mõju füüsilise või juriidilise isiku üle või kelle huvides, kasuks või nimel tehing või toiming tehakse.

AVALDUSE ESITAJA KINNITUSED JA ALLKIRJAD

Käesolevaga kinnitan Compensa Life Vienna Insurance Group SE-le (edaspidi **kindlustusandja**) alljärgnevat:

- Kõik avalduses esitatud andmed on täielikud ja õiged.
- Olen tutvunud kindlustusandja privaatsusteatega, mis on kättesaadav kontorites ja aadressil www.compensalife.ee/privaaatus. Mõistan selle sisu, sealhulgas seda, milliseid isikuandmeid kindlustusandja töötleb, mis eesmärgil ning millisel õiguslikul alusel neid andmeid töödeldakse ning millised on minu isikuandmetega seotud õigused.
- Olen teavitatud avaldusel märgitud soodustatud isikut tema isikuandmete edastamisest kindlustusandjale ning tutvustan talle kindlustusandja privaatsusteadet.
- Olen nõus, et **kindlustusandja kasutab minu nime ja kontaktandmeid** selleks, et **edastada mulle oma toodete ja teenuste pakkumisi, uudiseid ning teavet kampaaniate, tarbijamängude jms kohta**. Pakkumisi võivad saata kindlustusandja ning tema poolt selleks volitatud kindlustusagendid. Olen nõus saama informatsiooni:
 e-kirja teel telefonitsi
* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Olen nõus, et **kindlustusandja kasutab minu nime ja kontaktandmeid** selleks, et **edastada mulle Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaali ja teiste Vienna Insurance Group'i (www.vig.com) kuuluvate kindlustusseltside teavet nende kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saama informatsiooni:
 e-kirja teel telefonitsi
* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Olen nõus, et **kindlustusandja avaldab minu nime ja kontaktandmed Compensa Vienna Insurance Group, ADB Eesti filiaalile ja teistele Vienna Insurance Group'i (www.vig.com) kuuluvatele kindlustusseltsidele** selleks, et **nad saaksid edastada mulle teavet enda kindlustustoodete ja -teenuste, kampaaniate ning tarbijamängude kohta**. Olen nõus saama informatsiooni:
 e-kirja teel telefonitsi
* Juhul kui te ei nõustu oma isikuandmete kasutamisega otseturustuseks, jätke palun valikukastid tühjaks.
- Olen teadlik, et mul on õigus oma nõusolek otseturustuseks igal ajal tagasi võtta, teatades sellest kindlustusandjale e-kirja teel info@compensalife.ee või kindlustusandja veebikontoris. Täpsem info selle kohta, kuidas minu andmeid kasutatakse ning kuidas võtta nõusolek tagasi, on leitav kindlustusandja privaatsusteates aadressil www.compensalife.ee/privaaatus.

Avalduse esitaja allkiri või esindaja nimi ja allkiri	Allkirjutamise aeg ja koht
---	----------------------------

TÄIDAB AVALDUSE VASTUVÕTJA

<input type="checkbox"/> Sõlmitava III samba lepingu viitenumber:	Välisriigile avaldatav leping (CRS või FATCA)
<input type="checkbox"/> Muu sõlmitava lepingu viitenumber:.....	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Jah, riik:
	Avalduse vastuvõtja nimi ja allkiri
	Avalduse kontrollija nimi ja allkiri
	Avalduse vastuvõtmise kuupäev: