|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lífeyrissjóður rangæinga | |  |
| umsókn um útgreiðslu maka- og barnalífeyris |  |

**Ég óska eftir útgreiðslu makalífeyris:**

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

**Ég óska eftir útgreiðslu barnalífeyris v. barna/fósturbarna/kjörbarna/stjúpbarna undir 18 ára aldri á framfæri sjóðfélaga við andlát hans:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nafn barns** | **Kennitala** | **Banki – HB – Reikningsnúmer\*** |
|  |  |  |
| **Nafn barns** | **Kennitala** | **Banki – HB – Reikningsnúmer\*** |
|  |  |  |
| **Nafn barns** | **Kennitala** | **Banki – HB – Reikningsnúmer\*** |

\* Einungis má leggja lífeyri inn á reikning barns ef barnið hefur náð 16 ára aldri. Undirritun umsækjanda á skjali þessu jafngildir samþykki fyrir ráðstöfuninni.

Lífeyrir er greiddur út einu sinni í mánuði, síðasta virkan dag hvers mánaðar. **Afgreiðsla umsóknar getur tekið allt að 8 vikur**. Sjá útgreiðslureglur á www.lifrang.is.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Upplýsingar um hinn látna:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | Nafn sjóðfélaga | Kennitala |  | Dánardagur |   **Tengsl umsækjanda við hinn látna:**  Maki  Sambúðaraðili Önnur tengsl, hver?   |  | | --- | |  |   **Nýtur umsækjandi makalífeyris frá öðrum lífeyrissjóði?**  Já  Nei   |  |  | | --- | --- | | Ef já, úr hvaða sjóði og frá hvaða tíma? |  |   **Nýtur umsækjandi örorkulífeyris frá öðrum lífeyrissjóði?**  Já  Nei   |  |  | | --- | --- | | Ef já, úr hvaða sjóði og frá hvaða tíma? |  |   **Athugasemdir:**   |  | | --- | |  | |  | |

**Fylgigögn með umsókn:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nauðsynleg fylgigögn:**  Yfirlit um framvindu skipta – fæst hjá sýslumanni (Leyfi til setu í óskiptu búi er ekki fullnægjand) | | |
|  | **Athugasemdir:** |  |
|  | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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). |

**Áttu lífeyrisréttindi í öðrum lífeyrissjóðum?**

|  |
| --- |
| Umsókn þessi verður send öðrum lífeyrissjóðum sem ég á rétt í, nema óskað sé eftir öðru hér að neðan.  Athugasemdir: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Staður og dagsetning** |  | **Undirskrift umsækjanda** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Móttekið fyrir hönd Lífeyrissjóðs Rangæinga (nafn starfsmanns)** |  | **Útibúanúmer** | **Dagsetning** |

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