

Ég undirrituð / undirritaður:

Nafn: _____ Kennitala: _____

óska hér með eftir því að gera hlé á greiðslum í Lífsvál, viðbótarlífeyrissparnað Sparisjóðsins.

Ég óska eftir að gera hlé á viðbótarsparnaði mínum frá og með _____

Ég óska jafnframt eftir því að greiðslur hefist á ný þann _____

Ástæður hlés:

- Atvinnulaus
- Fæðingarorlof
- Nám
- Annað _____

Ef ekki er tilgreint hversu lengi hlé á að standa þá hefst viðbótarlífeyrissparnaður á ný 12 mánuðum eftir að hlé tekur gildi.

Beiðni um hlé á viðbótarlífeyrissparnaði þarf að hafa borist Sparisjóðnum fyrir 20. dags hvers mánaðar. Berist beiðnin síðar, tekur breytingin gildi næstu mánaðarmót þar á eftir.

Hlé á viðbótarlífeyrissparnaði nær til allra launagreiðenda réttihafa nema annað sé tekið fram hér að neðan.

Staður og dags.: _____

Undirskrift réttihafa: _____

Mótttekið f.h. Sparisjóðsins: _____

Nafn Sparisjóðs: _____