

## Upplýsingar um greiðanda

Nafn: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_

Ástæða fyrir beiðni um greiðsludreifingu: Kennitala fyrirtækis sem sótt er um fyrir: \_\_\_\_\_

Með undirskrift beiðni þessarar er óskað f.h. ofangreinds launagreiðanda eftir samkomulagi um eftirfarandi greiðsludreifingu á ógreiddum iðgjöldum sem fallin eru í eindaga og/ eða komin í lögfræðinnheimtu. Áætlunin tekur einnig til vaxta og innheimtukostnaðar sem fallið hafa á ógreidd iðgjöld.

Greiðsluáætlun:

Iðgjöld tilfallandi mánaðar verða greidd samhliða ofangreindu samkomulagi.

Vinsamlegast leggið greiðslur inn á reikning Birtu lífeyrissjóðs:  
**526-26-400800, kt. 430269-0389**

**Fyrirvari:** Lífeyrissjóðurinn tekur við iðgjaldagreiðslum sem berast eftir eindaga með þeim fyrirvara að við úrskurð um greiðslu örorku- og makalífeyris verði eftir atvikum litið til þess að iðgjaldagreiðsla barst eftir að réttur til lífeyris varð virkur.

## Undirskrift

Undirrituðum f.h. launagreiðanda er ljóst að vanefnd á einni greiðslu samkvæmt greiðsluáætlun þessari fellir samþykki Birtu lífeyrissjóðs fyrir áætluninni í heild úr gildi og kröfur verða settar án tafar til frekari innheimtu.

Ég geri mér grein fyrir því að með undirskrift minni samþykki ég að þær upplýsingar sem ég veiti í þessari umsókn séu vistaðar og skráðar í viðskiptasögu mína hjá Birtu lífeyrissjóði. Öll vinnsla á persónuupplýsingum, þ.m.t. öflun, skráning, vistun og meðferð þeirra er í samræmi við lög um persónuvernd og persónuverndarstefnu Birtu lífeyrissjóðs.

\_\_\_\_\_  
Staður og dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift

Samþykki Birtu lífeyrissjóðs: