

## IZJAVA O IZSTOPU IZ KOLEKTIVNEGA ZAVAROVANJA IN ZAHTEVA PO IZPLAČILU SREDSTEV

Na podlagi pokojninskega načrta kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja in pravil upravljanja zavarovanec:

ime in priimek: \_\_\_\_\_, davčna številka: \_\_\_\_\_,

naslov: \_\_\_\_\_,

telefon: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,

**izjavljam**, da zaradi (**ustrezno označite**):

upokojitve

prenehanja delovnega razmerja

drugih razlogov

**izstopam** iz kolektivnega zavarovanja in želim (**ustrezno označite**):

zadržanje sredstev na osebnem računu

izplačilo odkupne vrednosti premij, ki sem jih plačeval sam (lastnih sredstev)

izplačilo odkupne vrednosti vseh premij, ki jih dovoljuje ZPIZ-2 – (zavarovanje preneha, premije se več ne plačujejo)

**Izplačilo odkupne vrednosti (v primeru, da je tako označeno in da je izpolnjen pogoj za izplačilo), bo izvršeno v roku 30 dni po koncu obračunskega obdobja (meseca), v katerem bo podan popolni zahtevek.**

**Preklice odtegljajev od plače in morebitno prenehanje prejemanja premij s strani delodajalca je zavarovanec dolžan delodajalcu sporočiti sam.**

### Pojasnila

**Zadržanje:** Z zadržanjem zavarovanec zadrži (ohrani) pravice iz vplačanih premij na njegovem osebnem računu.

**Izplačilo odkupne vrednosti:** Odkupna vrednost (vrednost sredstev, zmanjšana za izstopne stroške in davščine) se nakaže na transakcijski račun zavarovanca v rokih, določenih v Pravilih upravljanja skupine kritnih skladov Moji skladi življenjskega cikla.

Ob izplačilu se obračuna akontacija dohodnine (25 %), ki ne predstavlja končnega obračuna davka. V primeru, da je od vstopa v zavarovanje preteklo manj kot 10 let, se obračuna tudi davek od prometa zavarovalnih poslov (8,5 %).

**Za vplačila zavarovanca (lastna vplačila):** V skladu z 221. členom ZPIZ-2 lahko zavarovanec izplačilo premij zahteva kadarkoli.

**Za vplačila delodajalca po 1.1.2013:** V skladu z 221. členom ZPIZ-2 je zahteva za izplačilo premij v enkratnem znesku upravičena:

- če je zavarovanec že uveljavil pravico do pokojnine iz obveznega zavarovanja in
- če sredstva na osebnem računu kolektivnega zavarovanja ne presegajo 5.120 EUR\* (\*znesek velja od 1.3.2020 dalje in se letno valorizira skladno z ZPIZ-2).

**Za vplačila delodajalca pred 1.1.2013:** V skladu s 417. členom ZPIZ-2 se lahko premije izplačajo kadarkoli po preteku 10 let od datuma vključitve v zavarovanje.

**V kolikor podana zahteva ni upravičena ali ni upravičena v celoti**, se sredstva oziroma razlika sredstev, razen v primerih dogovorjenega obdobja neplačevanja premij, zadrži na osebni računu.

**Priloge v primeru pošiljanja:**

- zavarovalna polica ali potrdilo o vključitvi (**original**) ali **izjavo o izgubi le-tega**
- kopija **osebnega dokumenta** (identifikacija)
- kopija **bančne kartice** z razvidno **številko transakcijskega računa**
- kopija **potrdila o upokojitvi** (v primeru upokojitve in izplačila sredstev ZPIZ-2)

Fotokopija osebnega dokumenta je skladno s 4. členom Zakona o osebni izkaznici oz. 4.a členom Zakona o potnih listinah potrebna za dokazovanje istovetnosti in jo v vlogi posreduje zavarovanec sam. Fotokopija bančne kartice je potrebna za preverjanje upravičenosti in pristnosti posredovanih podatkov o TRR. Imetnik lahko kopijo osebnega dokumenta in bančne kartice označi s svojim podpisom. Fotokopija potrdila o upokojitvi je potrebna za preverjanje upravičenosti do izplačila sredstev oziroma uveljavljanja pravic zavarovanca. Sava pokojninska fotokopij ne bo uporabljala za noben drug namen. V primeru oddaje vloge na sedežu družbe Sava pokojninska družba, d.d. opravi vpogled v navedene dokumente.

**Obdelava osebnih podatkov**

Sava pokojninska družba, d.d. osebne podatke, ki jih posameznik družbi posreduje sam in osebne podatke, ki pri družbi nastajajo v zvezi s pogodbenim razmerjem, obdeluje z namenom izvajanja izplačila odkupne vrednosti sredstev v povezavi z 221., 310. in 417. členom Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2) ter v zakonitem interesu družbe. Sava pokojninska družba, d.d. po zaključku zavarovalnega razmerja hrani podatke skladno z zahtevami davčnih predpisov.

Zavarovanec (-ka) izjavlja, da so posredovani podatki pravilni in resnični.

**Izjavo oddate na sedežu družbe ali pošljete na naslov:** Sava pokojninska družba, d.d., Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_