

**IZJAVA O IZSTOPU IZ KOLEKTIVNEGA ZAVAROVANJA
IN ZAHTEVA PO IZPLAČILU SREDSTEV
ZARADI HUDE BOLEZNI ALI HUDE POŠKODBE**

Na podlagi Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju ZPIZ-2 zavarovanec:

ime in priimek: _____, davčna številka: _____,

naslov: _____,

telefon: _____, e-mail: _____,

izjavljam, da zaradi (ustrezno označite):

hude bolezni

☐

hude poškodbe

☐

izstopam iz kolektivnega zavarovanja in želim **izplačilo** odkupne vrednosti premoženja iz osebnega računa v enkratnem znesku.

Pojasnila:

Huda bolezen: član kolektivnega zavarovanja lahko **izstopi** iz zavarovanja in zahteva izplačilo odkupne vrednosti premoženja z njegovega osebnega računa v enkratnem znesku, če je zbolel za **hudo boleznijo, ki je neozdravljiva, in mu zdravniki napovedujejo le še kratko obdobje življenja.**

Huda poškodba: član kolektivnega zavarovanja lahko **izstopi** iz zavarovanja in zahteva izplačilo odkupne vrednosti premoženja z njegovega osebnega računa v enkratnem znesku, če se je **huje poškodoval in mu zdravniki napovedujejo le še kratko obdobje življenja.**

Kolektivno zavarovanje preneha z izplačilom odkupne vrednosti premoženja.

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

Izplačilo odkupne vrednosti: Izplačilo odkupne vrednosti bo izvršeno v roku 30 dni po koncu obračunskega obdobja (meseca), v katerem je podan popolni zahtevek. 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 %).

Obvezne priloge v primeru pošiljanja:

- **potrdilo zdravnika** (obrazec Sava pokojninske),
- kopija **osebnega dokumenta**,
- kopija **bančne kartice** z razvidno **številko transakcijskega računa**,
- potrdilo o vključitvi v dodatno pokojninsko zavarovanje (**original**) ali če ste potrdilo izgubili, označite:

☐ izjavljam, da sem izgubil/a polico oziroma potrdilo o vključitvi,

Potrdilo zdravnika je potrebno za ugotavljanje upravičenosti do uveljavljanja pravice do izplačila. Fotokopija osebnega dokumenta je, skladno z Zakonom o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma, potrebna za dokazovanje identitete in jo v vlogi posreduje zavarovanec sam. Imetnik osebnega dokumenta lahko kopijo označi s svojim podpisom. Fotokopija bančne kartice je potrebna za preverjanje upravičenosti in pristnosti posredovanih podatkov o TRR. Imetnik bančne kartice lahko kopijo označi s svojim podpisom. Sava pokojninska družba, d. d., fotokopij ne bo uporabljala za noben drug namen.

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. členom Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2) ter v zakonitem interesu družbe. Obdelovanje osebnih podatkov v obsegu in na način, opisan v tej vlogi, je v primeru pošiljanja po pošti nujno za izpolnjevanje pogodbenega razmerja ter v zakonitem interesu zavarovanca in Sava pokojninske družbe, d. d.

Sava pokojninska družba, d. d., po prenehanju zavarovalnega razmerja hrani podatke skladno z zahtevami davčnih predpisov.

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

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

Izjavo oddate na sedežu družbe ali pošljete na naslov: Sava pokojninska družba, d. d., Ulica Eve Lovše 7, 2000 Maribor ali po elektronski pošti info@sava-pokojninska.si.