

**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 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 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 12.000 EUR* (*znesek velja od 1. 1. 2026 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 osebnem računu.

Priloge v primeru pošiljanja:

- potrdilo o vključitvi v dodatno pokojninsko zavarovanje (**original**) ali če ste potrdilo izgubili, označite:

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

- **kopijo odločbe o upokojitvi ali kartice upokojenja** (v primeru upokojitve in izplačila sredstev ZPIZ-2),
- kopija **osebnega dokumenta** (identifikacija),
- kopija **bančne kartice** z razvidno **številko transakcijskega računa**.

Fotokopija potrdila o upokojitvi je potrebna za preverjanje upravičenosti do uveljavljanja pravic zavarovanja. 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., 310. in 417. 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 zaključku 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.