

**ZAHTEVEK ZA PRENOS ODKUPNE VREDNOSTI
ZARADI SMRTI ZAVAROVANCA**

Ime in priimek: _____, davčna številka: _____,

naslov: _____,

telefon: _____, e-mail: _____,

kot **upravičenec (-ka)** po dodatnem pokojninskem zavarovanju Sava pokojninske družbe, d. d., uveljavljam pravico do prenosa pripadajoče odkupne vrednosti zbranih sredstev na osebni račun **umrlega zavarovanca (-ke)**:

ime in priimek: _____, davčna številka: _____,

številka police ali potrdila o vključitvi: _____,

na moj osebni račun dodatnega pokojninskega zavarovanja pri:

☐ Sava pokojninski družbi, d.d.☐ izvajalcu: _____**Pojasnila:**

Začetek zavarovanja: S prenosom sredstev umrlega člana na račun dodatnega pokojninskega zavarovanja upravičenca ali dediča se podatek o začetku zavarovanja umrlega člana ne ohrani oziroma prenese.

Struktura sredstev: S prenosom sredstev umrlega člana na račun dodatnega pokojninskega zavarovanja upravičenca ali dediča se podatek o strukturi sredstev (kolektivno, individualno, ZPIZ-1, ZPIZ-2) ne ohranja. Prenesena sredstva se na strani prejemnika (drug izvajalec/obstoječe zavarovanje) obravnavajo kot sredstva iz naslova individualnih vplačil v dodatno pokojninsko zavarovanje.

Prenos odkupne vrednosti: Prenos odkupne vrednosti bo izvršen v roku 60 dni po koncu obračunskega obdobja (meseca), v katerem je podan popolni zahtevek. Za popoln zahtevek se šteje, če so (i) priložene vse navedene priloge, (ii) izdano soglasje za izvedbo prenosa izvajalca dodatnega pokojninskega zavarovanja, na katerega se sredstva prenašajo ter (iii) poravnani administrativni stroški prenosa v primeru prenosa k drugemu izvajalcu. V primeru prenosa na osebni račun pri Sava pokojninski se administrativni stroški ne zaračunajo.

Zahtevku priložite:

- **kopijo osebnega dokumenta** upravičenca,
- izpisek iz matične knjige umrlih (če je upravičenec na potrdilu o vključitvi naveden z imenom in priimkom),
- pravnomočni sklep o dedovanju, iz katerega so razvidni dediči oziroma upravičenost do odkupne vrednosti po zavarovalni polici (če dedič ni razviden iz vsebine potrdila o vključitvi),
- potrdilo o vključitvi v dodatno pokojninsko zavarovanje umrlega zavarovanca (**original**) ali če ste potrdilo izgubili, označite:

☐ izjavljam, da je polica oziroma potrdilo o vključitvi izgubljeno.

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. Sava pokojninska družba, d. d., fotokopij ne bo uporabljala za noben drug namen.

Obdelava osebnih podatkov

Sava pokojninska družba, d. d., osebnne podatke, ki jih posameznik družbi posreduje sam in osebnne podatke, ki pri družbi nastajajo v zvezi s pogodbenim razmerjem obdeluje z namenom izvajanja izplačila sredstev dedičem oziroma upravičencem v skladu 221. člena 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.

Kraj: _____, 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.