

ZAHTEVA ZA DELNO IZPLAČILO SREDSTEV KOLEKTIVNEGA ZAVAROVANJA

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

izjavljam, da

- želim izplačilo odkupne vrednosti vseh premij, ki sem jih **plačeval sam (lastnih sredstev)**
- uveljavljam pravico do izplačila odkupne vrednosti premij, ki jih je vplačal delodajalec do 31. 12. 2012** (želim izplačilo odkupne vrednosti premij, ki jih je vplačal delodajalec do 31. 12. 2012)
- želim izplačilo odkupne vrednosti premij, ki jih je vplačal delodajalec do 31. 12. 2012 in izplačilo odkupne vrednosti vseh premij, ki sem jih plačeval sam (lastnih sredstev) – **oboje!**

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

V kolikor premij ne želite več prejemati (enako velja za odtegljaje od plače), morate to delodajalcu javiti sami!

Pojasnila

Odkupna vrednost (vrednost sredstev, zmanjšana za izstopne stroške in davščine) se nakaže na transakcijski račun zavarovanca v roku, določenem 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 in je izplačilo možno, se obračuna tudi davek od prometa zavarovalnih poslov (8,5 %).

Za vplačila zavarovanca (lastna sredstva): V skladu z 221. členom ZPIZ-2 lahko zavarovanec izplačilo premij, ki jih je plačeval sam, zahteva kadarkoli.

Za vplačila delodajalca do 31. 12. 2012: V skladu s 417. členom ZPIZ-2 se lahko premije, ki jih je vplačal delodajalec do 31. 12. 2012, izplačajo ob upokojitvi ali kadarkoli po preteku 10 let od datuma vključitve v zavarovanje.

Nadaljevanje zavarovanja in vplačil: Razen v primerih, ko dogovor med zaposlenimi in delodajalcem tako predvideva, slednji o koriščenju pravice niso obveščeni. V tem primeru se premije še naprej nakazujejo na osebni varčevalni račun.

Priloge v primeru pošiljanja:

- kopija zavarovalne police oziroma potrdila o vključitvi ali izjavo o izgubi le-tega**
- kopija **osebnega dokumenta** (identifikacija)
- kopija dokumenta z razvidno **številko transakcijskega računa**

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.

Zahtevo za izplačilo je potrebno poslati na naslov: Sava pokojninska družba, d. d., Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____