

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: _____,

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!**

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.

Zahtevo za izplačilo je potrebno poslati na naslov: Sava pokojninska družba, d.d., Ulica Eve Lovše 7, 2000 Maribor.

Zahtevi za izplačilo priložite:

- **kopijo potrdila o vključitvi v dodatno pokojninsko zavarovanje ali če ste potrdilo izgubili, označite:**

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

- kopijo **osebnega dokumenta** (identifikacija)
- kopijo dokumenta z razvidno **številko transakcijskega računa**

Izjava zavarovanca: Izjavljam, da so posredovani podatki pravilni in resnični. Dovoljujem, da se fotokopije posredovanih dokumentov (osebni dokument, transakcijski račun) uporabljajo za namen identifikacije ob izplačilu odkupne vrednosti.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____