

Zahtevek zavarovanca-člana za prenos sredstev zaradi dokupa pokojninske dobe in enkratno izplačilo oz. prenos sredstev

Na podlagi 40., 41. in 59. člena Pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja spodaj podpisani zavarovanec-član:

Ime in priimek:	EMŠO:	Davčna številka:

Naslov stalnega ali začasnega prebivališča¹:

Telefonska številka:

uveljavljam pravico do prenosa sredstev za dokup pokojninske dobe na podlagi drugega odstavka 202a. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur. list RS, št. 96/12 in drugi; ZPIZ-2) ter do enkratnega izplačila oziroma prenosa preostanka sredstev v višini odkupne vrednosti zaradi starostne, predčasne oz. invalidske upokojitve v obveznem pokojninskem in invalidskem zavarovanju.

Izjavljam, da želim, da se za namen dokupa pokojninske dobe na račun Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije prenese del odkupne vrednosti v višini, ki je navedena v izreku odločbe o dokupu pokojninske dobe.

Izjavljam, da **(označite eno od možnosti)**:

- želim, da se mi preostanek sredstev izplača v enkratnem znesku.
- želim, da se preostanek sredstev prenese na izbrano zavarovalnico oz. pokojninsko družbo.

Prilagam kopijo odločbe o dokupu pokojninske dobe.

Izjavljam, da sem prejel odločbo o dokupu pokojninske dobe dne _____ **(vpišite datum)**.

Prilagam kopijo odločbe o upokojitvi oziroma nalog za izplačevanje akontacije pokojnine.

Strinjam se, da se preostanek sredstev prenese v dodatno zavarovanje tudi, če je vrednost preostanka sredstev po izvedenem odkupu enot premoženja po konverziji manjša ali enaka 5.000 evrov.

Opozorilo: Zavarovanec ima pravico do enkratnega izplačila preostanka sredstev na osebnem računu samo v primeru, če le-ta ne presegajo 5.000 EUR. Vrednost preostanka sredstev se določi na podlagi informativnega obračuna v obračunskem obdobju, v katerem je bil vložen popolni zahtevek zavarovanca. V primeru, da ste označili, da želite izplačilo v enkratnem znesku in vaš preostanek sredstev presega 5.000 EUR, preostanek sredstev ne bo izplačan na vaš transakcijski račun. Zato vas prosimo, da izpolnite tudi podatke, potrebne za prenos preostanka sredstev na izbrano zavarovalnico oz. pokojninsko družbo, kamor naj se nakaže preostanek sredstev v tem primeru.

Izpolnite v primeru, da ste izbrali enkratno izplačilo

Izjavljam, da **(označite eno od možnosti)**:

- sem rezident
- sem nerezident². Država rezidentstva:

Številka transakcijskega računa zavarovanca:

Izjavljam, da **(označite eno od možnosti)**:

- prilagam kopijo bančnega dokumenta, iz katerega je razvidna številka transakcijskega računa (npr. bančne kartice), in neprisiljeno ter svobodno dovoljujem, da se kopija moje bančne kartice oz. dokumenta, iz katerega je razvidna številka mojega bančnega računa, uporablja izključno za namen identifikacije in ugotavljanja upravičenosti do podaje zahteve imetnika bančnega računa in preverjanja pravilnosti številke transakcijskega računa.
- NE prilagam kopije bančnega dokumenta, iz katerega je razvidna številka mojega bančnega računa (npr. bančne kartice), in se bom osebno zglasil pri upravljavcu, kjer bom dokument, iz katerega je razvidna številka mojega bančnega računa, predložil na vpogled in fotokopiranje, sicer se zahteva ne bo štela za popolno.

¹ V kolikor se podatek o naslovu stalnega ali začasnega prebivališča razlikuje od podatka, s katerim razpolagamo v naših evidencah, bomo upoštevali spremenjeni podatek.

² Prosimo vas, da se v skladu s 6. in 7. členom Zakona o dohodnini (Uradni list RS, št. 117/2006 in drugi) opredelite, ali prejimate odkupno vrednost kot nerezident ali rezident. V primeru, da ne boste nič označili, vas bomo šteli za rezidenta Republike Slovenije. V primeru, da ste označili, da ste nerezident in niste vpisali države rezidentstva, vas bomo prav tako šteli za rezidenta Republike Slovenije.

VARČEVANJE ZA STAROST
pri Kapitalski družbiSklad obveznega dodatnega pokojninskega
zavarovanja Republike Slovenije*Izpolnite v primeru, da ste izbrali prenos na zavarovalnico oz. pokojninsko družbo*

Naziv zavarovalnice oz. pokojninske družbe:

Številka transakcijskega računa zavarovalnice oz. pokojninske družbe:

Izjavljam, da so vsi podatki v tem obrazcu točni in resnični.

Kraj in datum:

Podpis zavarovanca-člana: