

**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 prebivališča ¹ :	Telefonska številka:

uveljavljam pravico do prenosa sredstev za dokup pokojninske dobe na podlagi šestega odstavka 202a. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Ur. list RS, št. 96/12 s spremembami in dopolnitvami; ZPIZ-2) ter do enkratnega izplačila oziroma prenosa preostanka sredstev v višini odkupne vrednosti na podlagi 206. člena ZPIZ-2.

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 **(ustrezno označite)**:

- ☐ 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 upokojitvi oziroma nalog za izplačevanje akontacije pokojnine.
- ☐ prilagam kopijo odločbe o dokupu pokojninske dobe.
- ☐ sem prejel odločbo o dokupu pokojninske dobe dne _____ **(vpišite datum)**.

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 – član ima pravico do enkratnega izplačila preostanka sredstev na osebnem računu samo v primeru, če 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 – člana. 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 neprisljeno 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**, sicer se zahteva ne bo štela za popolno.

¹ Če 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 s spremembami in dopolnitvami) 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.

**Sklad 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: