

Pokojninski načrt (ustrezno označite): **KPS LEON 2: 4000** **POKOJNINSKO VARČEVANJE AS: 5500**

1. ZAVAROVANEC - ČLAN (obvezna osebna identifikacija v poslovalnici zavarovalnice)

Ime in priimek:		Davčna številka:
Kraj in država rojstva:	Datum rojstva:	Državljanstvo:
Ulica in hišna številka (stalni naslov):	Št. pošte (stalni naslov):	Kraj in država (stalni naslov):
Ulica in hišna številka (začasni naslov):	Št. pošte (začasni naslov):	Kraj in država (začasni naslov):
Elektronski naslov:		Tel. št.:
V katerih državah ste rezident za davčne namene (ustrezno označite):		<input type="checkbox"/> v Sloveniji
		<input type="checkbox"/> v drugih državah (navedite tudi davčne številke v drugih državah oz. napišite, če jih določena država ne izdaja): (država) (davčna številka)

2. RAZLOG ZA ODKUP (ustrezno označite)

- Odkup sredstev po ZPIZ-1 (sredstva, vplačana s strani delodajalca do 31.12.2012)
- Odkup sredstev po ZPIZ-2 (sredstva, vplačana s strani delodajalca po 1.1.2013 – odkup mogoč le po upokojitvi¹)
- Odkup individualno vplačanih sredstev (sredstva, vplačana iz neto plače)

3. PODATKI ZA NAKAZILO

Naziv banke:	Transakcijski račun (IBAN): SI56 <input type="text"/>
ALI (če gre za račun v tujini):	
Naziv banke:	BIC/SWIFT:

4. PRILOGE

Obvezna dokumentacija:

- Kopija strani bančne kartice, iz katere bosta razvidna številka transakcijskega računa in naziv banke.
- Originalno obvestilo o vključitvi oziroma polica (označite, če obvestila oziroma police nimate).

Druga dokumentacija:

- Kopija odločbe o upokojitvi ali kartica upokojenja.
- Drugo:

5. IZJAVA ZAVAROVANCA - ČLANA

Zagotavljam, da so vse navedbe in priloge resnične, in jamčim za njihovo točnost, tudi če niso napisane lastnoročno. Pooblašcam GENERALI zavarovalnico d.d., da poizveduje in ima vpogled v vse akte, ki so povezani z odkupom in dovoljujem, da se jih prepíše ali fotokopira.

Izjavljam, da sem imetnik zgoraj navedenega bančnega računa in s podpisom potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki točni in resnični. Spodaj podpisani/-a odkupujem sredstva iz dodatnega pokojninskega zavarovanja po označenem pokojninskem načrtu in skladno z vrsto odkupa izstopam iz dodatnega pokojninskega zavarovanja. Seznanjen/-a sem z možnostjo, da izbiram med izplačilom odkupne vrednosti in zahtevkom za pokojninsko rento in dovoljujem, da zavarovalnica podatke iz tega obrazca posreduje pristojnim davčnim organom. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:	Podpis zavarovanca - člana:
----------------	-----------------------------

Izpolnjen in podpisan zahtevek ter zahtevano dokumentacijo oddate na najbližji poslovalnici GENERALI zavarovalnice d.d.

POMEMBNO

- Odkup privarčevanih sredstev iz naslova dodatnega pokojninskega zavarovanja, ki vam jih je delodajalec vplačal do 31. 12. 2012 (ZPIZ-1), je možen po 120 mesecih od začetka zavarovanja, razen v primeru upokojitve, ko je ta rok lahko krajši.
- ¹Odkup privarčevanih sredstev iz naslova dodatnega pokojninskega zavarovanja, ki vam jih je delodajalec vplačal po 1. 1. 2013 (ZPIZ-2), je možen samo ob upokojitvi in v primeru, ko znesek privarčevanih sredstev znaša do 5.302 EUR. V vseh drugih primerih je obvezen nakup pokojninske rente.
- Odkup privarčevanih sredstev iz naslova dodatnega pokojninskega zavarovanja, ki jih je zavarovana oseba vplačala individualno, je možen kadarkoli.

Opomba:

V primeru izplačila odkupne vrednosti se obračunajo do 1 % izstopni stroški in davki skladno z veljavno davčno zakonodajo. V primeru odkupa ali izstopa zavarovanja se ob izpolnjevanju vseh pogojev in zakona izvede izplačilo odkupne vrednosti enot premoženja v šestdesetih (60) dneh od prejema popolnega zahtevka ali obvestila zavarovanca - člana.

IDENTIFIKACIJA ZAVAROVANCA - ČLANA (izpolni zastopnik/distributer)

Identifikacija fizične osebe izkazana (ustrezno označite): <input type="checkbox"/> s potnim listom <input type="checkbox"/> z osebno izkaznico <input type="checkbox"/> z vozniškim dovoljenjem			
Številka:	Datum izdaje:	Veljavno do:	Izdajatelj:
Ime in priimek:			Datum identifikacije:
S svojim podpisom jamčim za točnost ter pravilnost vpisanih podatkov in potrjujem, da sem vpogledal v osebni dokument fizične osebe.			
Ime in priimek zastopnika/distributerja:		ORGA-šifra:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Podpis zastopnika/distributerja:			
Opombe:			

Zastopnik/distributer odda zahtevek s celotno dokumentacijo na naslov Generali zavarovalnica d. d. (za BO), Ljubljanska 3a, 6000 Koper.