

ZAHTEJEV ZA JEDNOKRATNU ISPLATU AKUMULIRANE SUME U SLUČAJU VANREDNIH TROŠKOVA LIJEČENJA ILI TRAJNE NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Podaci o članu fonda

Ime (ime roditelja) prezime	
Adresa prebivališta	
JMB	
Kontakt telefon	
email*	
Broj putne isprave i datum rođenja **	

*Podatak nije obavezan **Samo za strane državljane

Podaci o zahtjevu za isplatu

Broj ugovora/obavještenja	
Poslodavac	
Osnov sticanja prava na isplatu	vanredni troškovi liječenja ili trajna nesposobnost za rad

Podaci o tekućem računu člana fonda

Naziv banke	
Broj tekućeg računa	

Dokumentacija i način dokazivanja identiteta (označiti okvir):

važeća identifikaciona isprava člana fonda (na uvid pri neposrednom podnošenju zahtjeva; fotokopija se prilaže samo uz zahtjev dostavljen poštom)

dotatna dokumentacija u skladu sa važećim Pravilnikom o bližim uslovima za ostvarivanje prava na raspolaganje i povlačenje akumuliranih sredstava u slučaju vanrednih troškova liječenja ili trajne nesposobnosti za rad

IZJAVA PODNOSIOCA ZAHTEJEVA

U skladu sa Zakonom o dobrovoljnim penzijskim fondovima i penzijskim planovima (»Službeni glasnik Republike Srpske«, broj: 13/09, 107/19 i 100/25) i Pravilima poslovanja Društva za upravljanje Evropskim dobrovoljnim penzijskim fondom, molim Vas da izvršite jednokratnu isplatu akumulirane sume sa individualnog računa, broj ugovora/obavještenja _____.

Upoznat sam da će iznos akumulirane sume sa individualnog računa, broj ugovora/obavještenja _____ biti umanjen za stvarne troškove platnog prometa banke.

Upoznat sam da nakon jednokratne isplate akumuliranih sredstava prestaje članstvo u fondu, kao i da sve obaveze Društva za upravljanje Evropskim dobrovoljnim penzijskim fondom prestaju po ovom individualnom računu izuzev u slučaju nastavka uplata sredstava. Društvo za upravljanje Evropskim dobrovoljnim penzijskim fondom a.d. Banja Luka ne snosi odgovornost za plaćanje eventualnih poreskih obaveza koje mogu proisticati na osnovu raspolaganja akumuliranim sredstvima sa računa člana fonda.

Uz ovaj zahtjev prilažem dokumentaciju kojom se dokazuje postojanje vanrednih troškova liječenja ili trajne nesposobnosti za rad, u skladu sa zakonom i važećim podzakonskim aktima.

Datum potpisivanja zahtjeva	
Mjesto potpisivanja zahtjeva	
Potpis podnosioca zahtjeva	

POPUNJAVA DRUŠTVO

Broj zahtjeva i datum prijema	
Zahtjev zaprimio (potpis zaposlenog)	