



# PRIJAVA

Sklad obveznega dodatnega pokojninskega  
zavarovanja Republike Slovenije

V OBVEZNO DODATNO  
POKOJNINSKO ZAVAROVANJE

Številka prijave (izpolni Kapitalna družba, d. d.):

Na podlagi določil Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 106/99 z vsemi kasneje sprejetimi spremembami in dopolnitvami) in sklenjene pogodbe o financiranju pokojninskega načrta št. \_\_\_\_\_ prijavljamo v obvezno dodatno pokojninsko zavarovanje po pokojninskem načrtu za obvezno dodatno pokojninsko zavarovanje naslednjega delavca:

## Osební podatki

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ime in priimek:	Rojstni datum:	Spol:	
<input type="text"/>			
Stalni naslov (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država):			
<input type="text"/>			
Začasni naslov (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država):			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Državljanstvo:	EMŠO:	Davčna številka:	Telefon:

## Podatki o zaposlitvi in pokojninski dobi

<input type="text"/>		
Naziv delovnega mesta:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Šifra beneficirane dobe:	Datum razporeditve na to delovno mesto:	Datum izračuna pokojninske dobe:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zavarovalna doba v dejanskem trajanju:	Povečanje dobe zaradi štetja zavarovalne dobe s povečanjem:	Skupna pokojninska doba, vključno z dokupi:

## Podatki o delodajalcu

<input type="text"/>			
Firma in sedež (ime in naslov družbe):			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Davčna številka:	Matična številka:	Registrska številka:	Šifra dejavnosti:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-pošta:	Telefon:	Telefaks:	

Šteje se, da je delavec vključen v obvezno dodatno pokojninsko zavarovanje z dnem razporeditve na delovno mesto, za katero je obvezno skleniti obvezno dodatno pokojninsko zavarovanje.

Potrdujemo, da smo seznanjeni z vsebino pokojninskega načrta za obvezno dodatno pokojninsko zavarovanje in da z njim soglašamo. Soglašamo tudi z obdelavo osebnih podatkov za potrebe izvajanja obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja.

S podpisom in žigom potrjujemo, da so posredovani podatki o delavcu pravilni.

Kraj in datum: \_\_\_\_\_ Ime in podpis ter žig odgovorne osebe: \_\_\_\_\_

Podpis delavca: \_\_\_\_\_ Razlog, zakaj delavec ni podpisal prijave: \_\_\_\_\_

## Izpolni Kapitalna družba, d. d.:

<input type="text"/>	Datum začetka zavarovanja
<input type="text"/>	Vnos opravi (ime in priimek)
<input type="text"/>	Datum vnosa
<input type="text"/>	Vnos odobril (ime in priimek)

