

**Potrdilo Ministrstva za obrambo**

(Izpolni delodajalec)

**Podatki o delodajalcu:**

Naziv delodajalca:

Ministrstvo za obrambo

Naslov:

Vojkova cesta 55, 1000 Ljubljana

Številka pogodbe:

ON100292

**Podatki o zavarovancu:**

Ime in priimek zavarovanca:

Naslov bivališča:

EMŠO:

Davčna številka:

Številka police:

Potrujemo, da zavarovanec izpolnjuje pogoj za izplačilo odkupne vrednosti v enkratnem znesku skladno s 5. odstavkom 206. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2), in sicer

**(obkrožite):**

- zavarovanec je najmanj 10 let opravljal vojaško službo v Slovenski vojski in ne namerava uveljaviti poklicne pokojnine,
- zavarovanec je poklicni vojak in se mu je odpovedala pogodba o zaposlitvi na obrambnem področju na podlagi zakona zaradi starostne omejitve opravljanja vojaške službe.

Potrujemo tudi (velja v obeh primerih), da je zavarovancu prenehalo delovno razmerje zaradi odpovedi pogodbe o zaposlitvi dne \_\_\_\_\_.

Kraj in datum:

Ime in podpis ter žig odgovorne osebe: