

Ponovna vzpostavitev poklicnega zavarovanja

Firma in sedež zavezanca za obračun in
plačilo prispevkov (delodajalca):

Na podlagi pokojninskega načrta za poklicno zavarovanje in sklenjene pogodbe o financiranju pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja št. _____ sporočamo spremembo statusa zavarovanca-člana, vključenega v Sklad obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja RS:

Ime in priimek zavarovanca-člana:

Številka prijave/police:

Sporočamo, da so za navedenega zavarovanca-člana prenehali razlogi za mirovanje poklicnega zavarovanja oziroma, da je zavarovanec-član ponovno razporejen na delovno mesto, za katero velja obvezna vključitev v poklicno zavarovanje, in da mu zato z dnem _____ začne spet teči pravica do poklicnega zavarovanja.

Podatki o delovnem mestu:

Naziv delovnega mesta:

Šifra delovnega mesta:

Kraj in datum:

Podpis in žig odgovorne osebe zavezanca za obračun in plačilo
prispevkov (delodajalca):