

## 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:

Št. police oz. potrdila:

Potrjujemo, da zavarovanec izpolnjuje pogoj za prenos ali enkratno izplačilo odkupne vrednosti skladno s 7. odstavkom 206. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2), in sicer:

#### (označite):

- da je zavarovanec najmanj 10 let opravljaj vojaško službo v Slovenski vojski, pa mu pogodba o zaposlitvi, sklenjena za določen čas z ministrstvom, pristojnim za obrambo, ni podaljšana;
- da je zavarovanec poklicni vojak in se mu je odpovedala pogodba o zaposlitvi na obrambnem področju zaradi starostne omejitve opravljanja vojaške službe ali zaradi drugih nekrivdnih razlogov.

Kraj in datum:

Ime in podpis ter žig odgovorne osebe: