

PRIJAVA

V POKLICNO ZAVAROVANJE

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

Na podlagi določil Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/2012 in drugi, v nadaljevanju ZPIZ-2) in sklenjene pogodbe o financiranju pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja št. _____ prijavljamo v poklicno zavarovanje po Pokojninskem načrtu poklicnega zavarovanja naslednjega delavca:

Osební podatki

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Ime in priimek:	Rojstni datum:	Spol:	
<input type="text"/>			
Naslov stalnega prebivališča (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država):			
<input type="text"/>			
Naslov začasnega prebivališča (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"/>		
Delovni čas zavarovanca-člana na tem delovnem mestu :		
<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 zavezancu za obračun in plačilo prispevkov (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:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Polni delovni čas zavezanca na tem delovnem mestu:			

Šteje se, da je delavec vključen v poklicno zavarovanje z dnem razporeditve na delovno mesto, za katero je obvezno skleniti poklicno zavarovanje. Potrjujemo, da delavec na zgoraj navedem delovnem mestu opravlja delo polni delovni čas, pri tem pa se za polni delovni čas šteje tudi delovni čas, krajši kot polni delovni čas, določen z zakonom, in kolektivnimi pogodbami, če je tako določeno zaradi posebnih delovnih pogojev. Kot polni delovni čas se šteje tudi čas, ki ga prebije v obveznem zavarovanju s krajšim delovnim oziroma zavarovalnim časom od polnega delovni invalid s pravico do delnega nadomestila po ZPIZ-2 ali delne invalidske pokojnine po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 106/1999, v nadaljevanju ZPIZ-1) ali s pravico do nadomestila dela s skrajšanim delovnim časom po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, veljavnih pred uveljavitvijo ZPIZ-1. Seznanjeni smo, da delavci, ki na teh delovnih mestih niso zaposleni za polni delovni čas, niso upravičeni do poklicnega zavarovanja in iz tega naslova ne pridobijo pravice do dodane dobe. Potrjujemo, da smo seznanjeni z vsebino Pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja in da z njim soglašamo. Soglašamo tudi z obdelavo osebnih podatkov za potrebe izvajanja poklicnega zavarovanja. S podpisom in žigom potrjujemo, da so posredovani podatki o delavcu pravilni.

Kraj in datum:

Ime in priimek, podpis ter žig odgovorne osebe:

Izpolni Kapitalska družba, d. d.:

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