

Izjava delodajalca o prenehanju opravljanja dela na delovnem mestu, za katero  
je obvezna sklenitev poklicnega zavarovanja

Skladno z Zakonom o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (Uradni list RS, št. 96/2016 in drugi; ZPIZ-2) in Pokojniskim načrtom poklicnega zavarovanja, ki velja od 1.10.2020, izjavljamo, da je spodaj navedeni zavarovanec-član Sklada obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja prenehal opravljati delo na delovnem mestu, za katero je obvezna sklenitev poklicnega zavarovanja.

## Podatki o zavarovancu-članu

**Zavarovanec-član:***(ime in priimek)***Naslov:****Davčna številka:****Številka police oz. potrdila:****Datum prenehanja:**

## Podatki o zavezancu za obračun in plačilo prispevkov (delodajalcu)

**Zavezanec:***(naziv in naslov)***Kontaktna oseba:***(ime in priimek, telefon)***Davčna številka:****Številka pogodbe o financiranju:**

S podpisom potrjujemo, da so posredovani podatki o zavarovancu-članu pravilni.

Kraj in datum:

Žig in podpis odgovorne osebe:

**Kapitalska družba pokojninskega in invalidskega zavarovanja, d. d.**

Dunajska cesta 119, 1000 Ljubljana, telefon 01 4746 700, telefaks 01 4746 747

Družba je vpisana v sodno/poslovnem registru pod matično št. 5986010000; ID št. za DDV SI59093927; TRR št. SI56 0291 3001 4156 131 pri Novi Ljubljanski banki, d. d.; osnovni kapital: 364.809.523,15 EUR.

Sklad obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja je vpisan v sodno/poslovnem registru pod matično št.: 5986010003; TRR št. SI56 0292 2026 2140 264 pri Novi Ljubljanski banki, d. d.

