

## Zahtevek za izdajo potrdila o vključenosti v poklicno zavarovanje

(Izpolni zavezanec za obračun in plačilo prispevkov - delodajalec)

Zavezanec za obračun in plačilo prispevkov (delodajalec):

Naslov:

Številka pogodbe o financiranju pokojninskega načrta  
poklicnega zavarovanja:

Na podlagi tretjega odstavka 35. člena Pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja, prosimo za izdajo potrdila o obdobjih vključenosti v obvezno dodatno pokojninsko zavarovanja po ZPIZ-1 oz. poklicno zavarovanje, ki je potrebno za izračun dodane dobe v postopku uveljavljanja pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Ime in priimek zavarovanca-člana:

Naslov bivališča:

Davčna št.:

Številka police:

Kraj in datum:

Ime in priimek, podpis ter žig govorne osebe:

### Soglasje zavarovanca-člana:

(Izpolni zavarovanec-član)

Podpisani zavarovanec poklicnega zavarovanja soglašam, da zavezanec za obračun in plačilo prispevkov (delodajalec) v mojem imenu pridobi potrdilo o vključenosti v poklicno zavarovanje pri Kapitalski družbi, d. d., ki upravlja Sklad obveznega dodatnega pokojninskega zavarovanja RS.

Kraj in datum:

Podpis zavarovanca-člana