

Zahtevek za izdajo potrdila o vključenosti v poklicno zavarovanje

(Izpolni zavezanec za obračun in plačilo prispevkov - delodajalec)

Zavezanec za obračun in plačilo prispevkov (delodajalec):	<input type="text"/>
Sedež:	<input type="text"/>
Številka pogodbe o financiranju pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja:	<input type="text"/>

Na podlagi tretjega odstavka 39. člena Pokojninskega načrta poklicnega zavarovanja, prosimo za izdajo potrdila o obdobjih vključenosti v obvezno dodatno pokojninsko zavarovanje po ZPIZ-1 oz. poklicno zavarovanje po ZPIZ-2, ki je potrebno za izračun dodane dobe v postopku uveljavljanja pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Ime in priimek zavarovanca-člana:	<input type="text"/>
Naslov stalnega ali začasnega prebivališča:	<input type="text"/>
Davčna številka:	<input type="text"/>
Številka police oz. potrdila:	<input type="text" value="ON"/>

Kraj in datum:

Ime in priimek, podpis ter žig odgovorne osebe:

(Izpolni zavarovanec-član)

Soglasje zavarovanca-člana:

Podpisani zavarovanec-član 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