

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 Pokojninskim načrtom poklicnega zavarovanja, ki velja od 20. 11. 2022, 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 stalnega ali začasnega
prebivališča:****Davčna številka:****Datum prenehanja poklicnega
zavarovanja:¹**
Številka police oz. potrdila:

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:

¹ Prenehanje poklicnega zavarovanja nastopi prvi dan po dnevu, ko je zavarovance-član prenehal opravljati delo na delovnem mestu, za katero je obvezna sklenitev poklicnega zavarovanja.