Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

Sektor za nakazovanje pokojnin
SI 1000 Ljubljana, Kolodvorska ulica 15, t: +386/1 47 45 650, e: informacije@zpiz.si, www.zpiz.si

Številka dosjeja / Numer dossier: | | | | | | | |

POTRDILO / POŚWIADCZENIE

Podatki upravičenca(ke) / Dane uprawnionego(ej):
Ime in priimek, datum rojstva / Imię i nazwisko, data urodzenia:

Stalni naslov / Adres zameldowania:

Začasni naslov / Adres zamieszkania:

Zgoraj navedena oseba je živa. / Wymieniona wyżej osoba pozostaje przy życiu.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / W dalszej części należy zaznaczyć odpowiednią treść X lub uzupełnić:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Tożsamość osoby sprawdzono na postawie

☐ osebne izkaznice/dowodu osobistego, številka/numer _____

☐ potnega lista / paszportu, številka / numer _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / innego dokumentu tożsamości (wskazać jakiego) _____, številka / numer _____.

Kraj in datum / Miejscowość i data

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Pieczęć i podpis organu właściwego

PROSIMO OBRNITE / PROSZĘ OBRÓCIĆ

POMEMBNO / WAŻNE

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Prosimy o wpisanie swojego numeru identyfikacji podatkowej (TIN/NIP) w kraju zamieszkania. TIN / NIP:_____ Država bivanja / Kraj zamieszkania:_____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Jeżeli instytucja nie otrzyma Państwa numeru identyfikacji podatkowej (TIN/NIP) najpóźniej do dnia 30.10.2029 r., wypłata świadczeń zostanie wstrzymana od dnia 01.01.2030 r.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / OŚWIADCZENIE EMERYTA(KI)/RENCISTY(KI)
V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Jeżeli jest Pan(i) zatrudniony(a) lub prowadzi Pan(i) samodzielną działalność gospodarczą, należy zaznaczyć X.

☐ DA / TAK

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Ja, niżej podpisay(a) oświadczam, iż korzystam z przywilejów, wynikających z umowy międzynarodowej o unikaniu podwójnego opodatkowania.

Kraj in datum/Miejscowość i data _____

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Podpis emeryta(ki)/rencisty(ki) lub przedstawiciela(ki)ustawowego(ej) _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / INFORMACJA DLA EMERYTA/RENCISTY

Potrdilo z izjavo je potrebno izpolnjeno in overjeno vrniti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA najkasneje do _____ . V kolikor ne bomo prejeli do navedenega roka, vam bo izplačevanje pokojnine začasno ustavljeno (3. in 4. odst. 120. čl. ZPIZ-2, Ur. list RS, št. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 in 65/17). / Poświadczenie wraz z oświadczeniem należy odesłać wypełnione i poświadczone na adres: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (Słoweński Zakład ubezpieczeń emerytalnych i rentowych), Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA najpóźniej do _____ . W przypadku nieotrzymania poświadczenia we wskazanym terminie, wypłata świadczenia zostanie tymczasowo wstrzymana (art. 120 ust. 3 oraz 4 ZPIZ-2, Ur. list RS, nr 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 oraz 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Poświadczenie wypełnia i potwierdza organ właściwy administracji państwowej.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Oświadczenie emeryta(ki)/rencisty(ki) wypełnia i podpisuje świadczeniobiorca.

Na podlagi 119. člena ZPIZ-2 ste zavodu dolžni sporočiti vsako spremembo, ki vpliva na pravico do pokojnine ali na izplačevanje pokojnine, v 8 dneh po nastali spremembi. / Na podstawie art. 191 Ustawy o ubezpieczeniu emerytalnym i rentowym i ubezpieczeniu z tytułu niepełnosprawności (ZPIZ-2) jest Pan(i) zobowiązany(a) powiadomić o każdej zmianie, która ma wpływ na prawo do emerytury/renty lub na wypłatę emerytury/renty, w terminie 8 dni od wystąpienia zmiany.