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 / Número do processo: | | | | | | | |

POTRDILO / CERTIDÃO

Podatki upravičenca(ke) / Informação do requerente:
Ime in priimek, datum rojstva / Nome e sobrenome, data de nascimento:

Stalni naslov / Morada permanente:

Začasni naslov / Morada temporária:

Zgoraj navedena oseba je živa. / A pessoa acima ainda está viva.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Por favor, coloque um X no espaço apropriado ou preencha conforme for apropriado:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / A identidade da pessoa foi verificada com base

☐ osebne izkaznice / no cartão de identificação, številka / número _____

☐ potnega lista / no passaporte, številka / número _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / noutro documento de identificação (por favor, especifique qual) _____, številka / número _____.

Kraj in datum/Local e data

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Carimbo e assinatura da autoridade competente

PROSIMO OBRNITE / VOLTAR A PÁGINA, POR FAVOR

POMEMBNO / IMPORTANTE

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Indique o seu Número de Identificação Fiscal (NIF) no seu país de residência. TIN / NIF:_____ Država bivanja / País de residência:

_____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Se o instituto não receber o seu número de identificação até 30 de outubro de 2029, o mais tardar, o pagamento das suas prestações será suspenso a partir de 1 de janeiro de 2030.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / DECLARAÇÃO DE PENSIONISTA

V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Se está empregado ou é um trabalhador independente, por favor, ponha um X no quadrado.

☐ DA / SIM

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Eu assino e declaro que estou a utilizar os benefícios de acordo com o acordo internacional para evitar a dupla tributação.

Kraj in datum/Local e data

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Assinatura do pensionista ou do seu/ da sua representante legal

_____ _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / AVISO AO TITULAR DE PENSÃO

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 potrdila 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). / A Certidão, e a Declaração de Pensionista, devem ser preenchidas e certificadas, e depois enviadas para a seguinte morada: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (Instituto de Seguros de Invalidez e de Pensões da Eslovénia), Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA, no prazo máximo de _____ . E se não recebermos os formulários solicitados no prazo estabelecido, o pagamento da pensão será temporariamente suspenso (Artigo nr. 120, 3º e 4º Parágrafos da lei relativa ao seguro de pensões e de invalidez (ZPIZ-2), Diário Oficial da RE, nr. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 e 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / A Certidão é preenchida e confirmada pelo órgão competente da administração pública.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / A Declaração do Pensionista é preenchida e assinada pelo pensionista.

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. / Nos termos do Artigo nr. 119 da lei relativa ao seguro de pensões e de invalidez (ZPIZ-2), é obrigatório informar o Instituto de qualquer alteração que possa afetar o direito a uma pensão ou ao seu pagamento no prazo de 8 dias após essa alteração ocorrer.