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 / Číslo súboru: | | | | | | | |

POTRDILO / POTVRDENIE

Podatki upravičenca(ke) / Informácie o oprávnenej osobe:
Ime in priimek, datum rojstva / Meno a priezvisko, dátum narodenia:

Stalni naslov / Adresa trvalého bydliska:

Začasni naslov / Adresa prechodného bydliska:

Zgoraj navedena oseba je živa. / Uvedená osoba je nažive.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / V pokračovaní označte z X, prípadne doplnte:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Identifikácia osoby bola overená na základe

		osebne izkaznice / občianskeho preukazu, številka / číslo_____
		potnega lista / cestovného pasu, številka / číslo _____
		drug osebni dokument (navedite kateri) / iného osobného dokladu (uveďte,

ktorého) _____, številka / číslo _____.

Kraj in datum/Miesto a dátum

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Pečiatka a podpis príslušného orgánu

PROSIMO OBRNITE / PROSIM OBRÁŤTE

POMEMBNO / DÔLEŽITÉ

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Uveďte svoje daňové identifikačné číslo (TIN/ DIČ) v štáte vášho daňového pobytu.TIN / Daňové identifikačné číslo (TIN/ DIČ):_____ Država bivanja / Štát daňového pobytu: _____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Ak inštitúcia neobdrží vaše daňové identifikačné číslo (TIN/DIČ) najneskôr do 30. 10. 2029, výplata vašich dávok bude s účinnosťou od 1. 1. 2030 pozastavená.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / VYHLÁSENIE DÔCHODCU / DÔCHODKYNE

V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Ak ste zamestnaní alebo vykonávajte nezávislú činnosť, označte s X.

☐ DA / ÁNO

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Ja, dole podpísaný (á), týmto vyhlasujem, že uplatňujem výhody podľa medzinárodnej zmluvy o zamedzení dvojitého zdanenia.

Kraj in datum/Miesto a dátum	Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Podpis dôchodcu / dôchodkyne alebo právneho zástupcu / zástupkyne
_____	_____

OBVESTILO UPOKOJENCU / OZNÁMENIE DÔCHODCOVI

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). / Riadne vyplnené a overené potvrdenie vráťte na adresu: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA najneskôr do _____ . Upozorňujemo Vás, že dovtedy kým neosvedčíte uvedenú skutočnosť, dôchodok Vám nevyplatíme. (3. a 4. odst. 120. čl. ZPIZ-2, Úradné noviny RS, č. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 a 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Potvrdenie vyplní a osvedčí príslušný orgán štátnej správy.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Vyhlásenie dôchodcu je vyplnené a podpísané príjemcom dôchodku.

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 základe článku 119. člena ZPIZ-2 máte povinnosť informovať inštitúciu o každej zmene týkajúcej sa nároku na dôchodok alebo vyplácania dôchodku v lehote do ôsmih dní od dňa ako je nastala zmena.