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 / Filnummer: | | | | | | | |

**POTRDILO/CERTIFIKAT**

Podatki upravičenca(ke) / Kravsinformation :
Ime in priimek, datum rojstva / Förnamn och efternamn, födelsedatum:

Stalni naslov / Permanent adress:

Začasni naslov / Temporär address:

**Zgoraj navedena oseba je živa. / Ovan nämnd person är vid liv.**

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Var vänlig och tange ett X i lämplig rutan eller fyll i vad som är lämpligt:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Personens identitet verifierades genom

☐ osebne izkaznice / ID-kort, številka / nummer _____

☐ potnega lista / pass, številka / nummer _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / annat identifieringsdokument (ange vilken) _____, številka / nummer _____.

Kraj in datum/Ort och datum

Žig in podpis pristojnega organa/
Stämpel och underskrift av den behöriga myndigheten

_____

PROSIMO OBRNITE / VI BER ER ATT VÄNDA

POMEMBNO / VIKTIGT

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Ange ditt skatteregistreringsnummer (TIN) i det land där du är skattskyldig.
TIN / TIN:_____ Država bivanja / Land där du är skattskyldig: _____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Om ditt skatteregistreringsnummer inte har inkommit senast den 30 oktober 2029 kommer utbetalningen av dina förmåner att stoppas från och med den 1 januari 2030.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / PENSIONĀRS UTTALANDE

V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Om du är anställd eller om du är egenföretagare, vänligen sätt in ett X i rutan.

☐ DA / JA

| Kraj in datum/Ort och datum | Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Namnrteckning av pensionären eller hans eller hennes juridiska ombud |
|---|---|
| _____ | _____ |

OBVESTILO UPOKOJENCU / MEDDELANDE TILL PENSIONĀREN

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). / Iintyget och pensionstagarens uttalande måste fyllas i och certifieras och återföras till följande adress: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA, senast den _____. Om vi inte får erforderliga blanketter inom den angivna tidsfristen, kommer betalningen av pensionen tillfälligt att upphöra (artikel 120 punkterna 3 och 4 i lagen om pensions- och handikappförsäkring (ZPIZ-2) 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 och 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Intyget är färdigt och bekräftat av den behörig statlig förvaltningsorganet.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Pensionärens uttalande är färdigställd och undertecknad av pensionären.

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. / Enligt artikel 119 i lagen om pensions- och handikappförsäkring (ZPIZ-2) är du skyldig att informera institutet om eventuella ändringar som kan påverka rätten till pension eller betalning inom 8 dagar efter förändringen inträffades.