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 / Број на досие: | | | | | | | |

POTRDILO / ПОТВРДА

Podatki upravičenca(ke) / Податоци за корисникот(чката):
Ime in priimek, datum rojstva / Име и презиме, датум на раѓање:

Stalni naslov / Постојана адреса:

Začasni naslov / Привремена адреса:

EMBG, dodeljen v R. Makedoniji / ЕМБГ, доделен во Македонија

Zgoraj navedena oseba je živa. / Горенаведеното лице е живо.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Понатаму со X соодветно означете или
соодветно дополнете:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Идентитетот на лицето е проверен врз основа на

☐ osebne izkaznice / лична карта, številka / број _____

☐ potnega lista / пасош, številka / број _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / друг личен документ (наведете кој) _____, številka / број _____.

Kraj in datum / Место и датум

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Жиг и потпис на надлежниот орган

PROSIMO OBRNITE / ВЕ МОЛИМЕ, СВРТЕТЕ

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / ИЗЈАВА НА ПЕНЗИОНЕРОТ(КАТА)

V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Доколку сте вработен или извршувате самостојна дејност, означете со X.

| | DA / ДА

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Долупотпишаниот(та) изјавувам дека ги користам погодностите од меѓународниот договор за избегнување на двојното оданочување.

Kraj in datum/Место и датум

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/
Потпис на пензионерот(ката) или законскиот застапник

_____ _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / ИЗВЕСТУВАЊЕ ЗА ПЕНЗИОНЕРОТ

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). / Потврдата со изјавата мора да биде пополнета и заверена да се врати на следната адреса: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA, најдоцна до _____. Доколку не ја добиеме потврдата до наведениот рок, привремено ќе се прекине исплатата на пензијата (став 3 и 4 од член 120 ЗПИЗ-2, Сл. весник на РС бр. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 и 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Потврдата ја пополнува и потврдува надлежниот орган на државната администрација.
Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Изјавата на пензионерот ја пополнува и потпишува корисникот на пензијата.

Hkrati vas obveščamo, da bo zavod preko Potrdila pridobljeno tujo identifikacijsko številko koristil na podlagi dvostranskega dogovora o elektronski izmenjavi podatkov, ki ga je sklenil z nosilcem pokojninskega in invalidskega zavarovanja države vašega stalnega bivališča z namenom, da vam v bodoče ne bo potrebno posredovati Potrdila. / Во исто време ве информираме дека Заводот, врз основа на билатералниот договор за електронска размена на податоци што го има склучено со носителот на пензиското и инвалидското осигурување во вашата земја на живеење ќе го користи странскиот број за идентификација добиен преку Потврдата, за во иднина да нема потреба да праќате Потврди.

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. / Согласно член 119 од ZPIZ-2, вие сте обврзани да го известите Заводот за секоја промена што влијае на правото на пензија или исплатата на пензијата во рок од 8 дена по настанатата промена.