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 / ATTEST

Podatki upravičenca(ke) / Sagsøgers oplysninger:
Ime in priimek, datum rojstva / Navn og efternavn, fødselsdato:

Stalni naslov / Permanent adresse:

Začasni naslov / Midlertidig adresse:

Zgoraj navedena oseba je živa. / Ovenstående person er stadig i live.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Sæt venligst X i de relevante felter eller udfyld som passende:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Personens identitet er verificeret på baggrund af

| | osebne izkaznice / ID-kort, številka / nummer _____
| | potnega lista / Pas, številka / nummer _____
| | drug osebni dokument (navedite kateri) / Andet ID-dokument (angiv venligst hvilket) _____, številka / nummer _____.

Kraj in datum / Sted og dato

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Stempel og underskrift fra ansvarlig myndighed

PROSIMO OBRNITE / VEND VENLIGST

POMEMBNO / VIGTIGT

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Angiv dit skatteidentifikationsnummer (TIN) i dit bopælsland. TIN / TIN:_____ Država bivanja / Bopælsland: _____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Hvis institutionen ikke har modtaget dit identifikationsnummer senest den 30. oktober 2029, vil udbetalingen af dine ydelser blive suspenderet fra den 1. januar 2030.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / PENSIONISTENS ERKLÆRING
V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Hvis du er i arbejde, eller hvis du er selvstændig, sæt venligst X i feltet.

| | DA / JA

Kraj in datum/Sted og dato

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Pensionistens underskrift, eller underskrift fra hans/hendes juridiske repræsentant

_____ _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / MEDDELELSE TIL PENSIONIST

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). / Attesten og pensionistens erklæring skal udfyldes, certificeres og derefter returneres til følgende adresse: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (Sloveniens Pension- og Handicapforsikringsinstitut), Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA senest den _____. Hvis vi ikke modtager de ønskede formularer indenfor den fastsatte frist, suspenderes betalingen af pensionen midlertidigt (§ 120, stk. 3 og 4 i loven om pensions- og invalideforsikring (ZPIZ-2), RS nr. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 og 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Attesten er udfyldt og bekræftet af den ansvarlige, statslige administrationsinstans.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Pensionistens erklæring er udfyldt og underskrevet af pensionisten.

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. / I henhold til lov nr. 119 i loven om pensions- og handicapforsikring (ZPIZ-2) er du forpligtet til at oplyse instituttet om enhver ændring, der kan påvirke retten til pension eller betaling heraf, indenfor 8 dage efter ændringen sker.