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 / Dossier numéro: | | | | | | | |

POTRDILO / CERTIFICAT

Podatki upravičenca(ke) / Informations sur le (la) bénéficiaire:
Ime in priimek, datum rojstva / Nom et nom de famille, date de naissance:

Stalni naslov / Adresse permanente:

Začasni naslov / Adresse temporaire:

Zgoraj navedena oseba je živa. / La personne nommée ci-dessus est en vie.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Ci-après, cochez avec X resp. complétez

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / L'identification de la personne vérifiée sur la base de

☐ osebne izkaznice / carte d'identité, številka / numéro _____

☐ potnega lista / passeport, številka / numéro _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / autre document d'identité (indiquer lequel) _____, številka / numéro _____.

Kraj in datum / Lieu et date

_____

Žig in podpis pristojnega organa /
Cachet et signature de l'autorité compétente

PROSIMO OBRNITE / TOURNEZ, S'IL VOUS PLAÎT

POMEMBNO / IMPORTANT

Vpišite vašo identifikacijsko številko za davčne namene (TIN) v vaši državi bivanja / Indiquez votre numéro d'identification fiscale (TIN) dans votre pays de résidence. TIN / TIN:_____ Država bivanja / Pays de résidence: _____

V kolikor zavod vaše identifikacijske številke ne bo prejel najkasneje do 30. 10. 2029, vam bo izplačevanje prejemkov s 1. 1. 2030 ustavljeno / Si l'organisme compétent ne reçoit pas votre numéro d'identification au plus tard le 30 octobre 2029, le versement de vos prestations sera suspendu à compter du 1er janvier 2030.

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / DÉCLARATION DU (DE LA) RETRAITÉ(E)
V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Si vous êtes employé(e) ou exercez une activité indépendante, cochez X.

☐ DA / OUI

Spodaj podpisani(a) izjavljam, da uveljavljam ugodnosti po mednarodni pogodbi o izogibanju dvojnega obdavčevanja. / Le (la) soussigné(e), je fais valoir les avantages prévues par la Convention internationale sur la prévention de la double imposition.

Kraj in datum/Lieu et date	Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Signature du (de la) retraité(e) ou du (de la) représentant(e) légal(e)
_____	_____

OBVESTILO UPOKOJENCU / AVIS AU (À LA) RETRAITÉ(E)
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). / Le Certificat avec la déclaration remplie doit être renvoyé à l'adresse Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA jusqu'au _____ au plus tard. Si le Certificat ne nous est pas renvoyé dans les délais impartis, le paiement de votre pension sera suspendu temporairement (art. 120 par. 3 et 4 de la Loi sur l'assurance pension et invalidité-2 (ZPIZ-2), Journal officiel de la République Slovénie no. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17, 40/17 et 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Le Certificat doit être rempli et certifié par l'organisme compétent de l'administration de l'État.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / La déclaration du (de la) retraité(e) doit être remplie et signée par le (la) bénéficiaire de la pension.

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. / En vertu de l'art. 199 de la Loi sur l'assurance pension et invalidité-2 (ZPIZ-2) vous êtes tenu(e)) d'informer l'Institut de tout changement affectant le droit à la pension ou le versement de la pension dans le délai de 8 jours suivant le changement.