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 / Aktennummer: | | | | | | | |

POTRDILO / BESCHEINIGUNG

Podatki upravičenca(ke) / Die Angaben zur berechtigten Person:
Ime in priimek, datum rojstva / Vorname und Name, Geburtsdatum:

Stalni naslov / Ständiger Wohnsitz:

Začasni naslov / Vorübergehender Wohnsitz:

Zgoraj navedena oseba je živa. / Die oben genannte Person lebt.

V nadaljevanju z X ustrezno označiti oz. ustrezno dopolniti / Nachstehend bitte Zutreffendes ankreuzen oder ergänzen:

Identifikacija osebe je bila preverjena na podlagi / Die Identität der Person ist überprüft worden anhand eines

☐ osebne izkaznice / Personalausweises, številka / Nummer _____

☐ potnega lista / Reisepasses, številka / Nummer _____

☐ drug osebni dokument (navedite kateri) / anderen Identitätsausweises (bitte angeben, welches) _____, številka / Nummer _____.

Kraj in datum/Ort und Datum

_____

Žig in podpis pristojnega organa/
Stempel und Unterschrift der zuständigen Behörde

PROSIMO OBRNITE / BITTE WENDEN

IZJAVA UPOKOJENCA(KE) / ERKLÄRUNG DER RENTNERIN/DES RENTNERS

V kolikor ste zaposleni oziroma opravljate samostojno dejavnost, označite z X. / Wenn Sie erwerbstätig bzw. selbstständig erwerbstätig sind, bitte ankreuzen.

☐ DA / JA

Kraj in datum/Ort und Datum

Podpis upokojenca(ke) ali zakonitega(e) zastopnika(ce)/ Unterschrift der Rentnerin/des Rentners oder deren/dessen gesetzlichen Vertreterin/gesetzlichen Vertreters

_____ _____

OBVESTILO UPOKOJENCU / MITTEILUNG FÜR DIE RENTNERIN/DEN RENTNER

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). / Die Bescheinigung mit der Erklärung ist ausgefüllt und beglaubigt an Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 LJUBLJANA, spätestens bis _____ zurückzusenden. Wenn die Bescheinigung nicht innerhalb der angeführten Frist bei uns eingeht, wird die Zahlung der Rente vorläufig eingestellt (Artikel 120, Absätze 3 und 4, des ZPIZ-2, Amtsblatt der RS, Nr. 96/12, 39/13,102/15, 23/17, 40/17 und 65/17).

Potrdilo izpolni in potrdi pristojni organ državne uprave. / Die Bescheinigung ist von einer zuständigen Verwaltungsbehörde auszufüllen und zu bescheinigen.

Izjavo upokojenca izpolni in podpiše uživalec pokojnine. / Die Erklärung der Rentnerin/des Rentners ist von der Rentenbezieherin/dem Rentenbezieher auszufüllen und zu unterschreiben.

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. / Gemäß Artikel 119 des ZPIZ-2 ist uns jede Änderung, die Einfluss auf den Anspruch auf die Rente oder deren Zahlung hat, innerhalb von 8 Tagen nach Eintritt der Änderung bekannt zu geben.