

PRIJAVA
podatkov o pokojninskem in invalidskem ter
zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za starševsko
varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti



Potrditev prejema prijave

Podatki o ZAVEZANCU

1	Firma in sedež / osebno ime in prebivališče MIHA NOVAK HRIB 8 1000 LJUBLJANA				
2	Registrska številka	_____	4	EMŠO	0 1 0 1 9 9 4 5 0 0 1 1 1 1
3	Matična številka poslovnega subjekta	_____0 0 0	5	Davčna številka	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO	0 1 0 1 9 9 4 5 0 0 1 1 1 1	7	Državljanstvo	S L O
8	PRIIMEK	NOVAK			
9	IME	MIHA			
10	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica in hišna številka			
11		Številka in kraj pošte			
12		Država			

Podatki o ZAVAROVANJU

15	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto)	01 10 2020	23	Vrsta izobrazbe (KLASIUŠ-SRV)	_____
16	Podlaga za zavarovanje	0 4 8	24	Področje izobrazbe (KLASIUŠ-P-16)	_____
17	Delovni / zavarovalni čas zavarovanca (ur na teden)	____	25	Poklic, ki ga opravlja (SKP-08)	_____
18	Polni delovni / zavarovalni čas zavezanca (ur na teden)	____	26	Delovno razmerje	__
19	Matična številka enote poslovnega subjekta	_____	27	Izmensko delo	__
20	Reg. št. prijave prostega delovnega mesta oz. vrste dela	_____	28	Poslan v državo	_____
21	Številka enotnega dovoljenja	_____	29	Vrsta invalidnosti	_____
22	Iztek zavarovalnih pogojev (dan, mesec, leto)	_____	30	Prostovoljno pokojninsko zavarovanje	_____

Opombe:

8.9.2020

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

POTRDILO O PRIJAVI
podatkov o pokojninskem in invalidskem ter
zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za starševsko
varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti

Potrditev prejema prijave

Podatki o ZAVEZANCU

1	Firma in sedež / osebno ime in prebivališče		
	MIHA NOVAK HRIB 8 1000 LJUBLJANA		
2	Registrska številka	_____	4
			EMŠO
			0 1 0 1 9 9 4 5 0 0 1 1 1 1
3	Matična številka poslovnega subjekta	_____0 0 0	5
			Davčna številka
			8 8 8 8 8 8 8 8

Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO	0 1 0 1 9 9 4 5 0 0 1 1 1 1	7	Državljanstvo	S L O
8	PRIIMEK	NOVAK			
9	IME	MIHA			
10	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica in hišna številka			
11		Številka in kraj pošte			
12		Država			

Podatki o ZAVAROVANJU

15	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto)	01 10 2020	23	Vrsta izobrazbe (KLASIUS-SRV)	_____
16	Podlaga za zavarovanje	10 14 18	24	Področje izobrazbe (KLASIUS-P-16)	_____
17	Delovni / zavarovalni čas zavarovanca (ur na teden)	_____	25	Poklic, ki ga opravlja (SKP-08)	_____
18	Polni delovni / zavarovalni čas zavezanca (ur na teden)	_____	26	Delovno razmerje	_____
19	Matična številka enote poslovnega subjekta	_____	27	Izmensko delo	_____
20	Reg. št. prijave prostega delovnega mesta oz. vrste dela	_____	28	Poslan v državo	_____
21	Številka enotnega dovoljenja	_____	29	Vrsta invalidnosti	_____
22	Iztek zavarovalnih pogojev (dan, mesec, leto)	_____	30	Prostovoljno pokojninsko zavarovanje	_____

Opombe:

8.9.2020

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Novak

Podpis odgovorne osebe zavezanca

IZJAVA

Podpisani(-a) MIHA NOVAK, rojen(-a) 1.1.1994, stanujoč(-a)
HRIB 8, 1000 LJUBLJANA, dajem v zvezi s prijavo v

obvezno zdravstveno zavarovanje **po 20. točki prvega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju – ZZZV** (oseba s stalnim prebivališčem v RS, ki ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka 15. člena ZZZV in si same plačujejo prispevek), naslednjo izjavo (ustrezno obkroži):

1. sem kmet(-ica), član(-ica) kmečkega gospodarstva oziroma opravljam kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic

DA

NE

2. sem prejemnik(-ca) pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja

DA

NE

3. sem obvezno zdravstveno zavarovan(-a) v tujini

DA

NE

4. sem prejemnik poklicne pokojnine _____ (datum pridobitve pravice do poklicne pokojnine)

DA

NE

Podatki, ki sem jih navedel(-a), so resnični in zanje prevzemam materialno in kazensko odgovornost.

V primeru spremembe izjavljenih dejstev je potrebno obvestiti Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Soglašam, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vloži odjavo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma storno prijavo v zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZZV v primeru ureditve zavarovanja iz drugega naslova oziroma v primeru odjave ali prenehanja stalnega prebivališča v RS.

DA

NE

Soglašam, da me o odjavi iz zavarovanja oziroma stornaciji prijave v zavarovanje ni potrebno obveščati.

DA

NE

V/na LJUBLJANA, dne 8.9.2020

Podpis:

Novak