

**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		
2	Registrska številka	4	EMŠO
3	Matična številka poslovnega subjekta	5	Davčna številka

## Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO	7	Državljanstvo
8	PRIIMEK		
9	IME		
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)	23	Vrsta izobrazbe (KLASIJUS-SRV)
16	Podlaga za zavarovanje	24	Področje izobrazbe (KLASIJUS-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:

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				
2	Registrska številka	_____	4	EMŠO	_____
3	Matična številka poslovnega subjekta	_____0 0 0	5	Davčna številka	_____

## Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO	_____	7	Državljanstvo	_____
8	PRIIMEK				
9	IME				
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)	_____	23	Vrsta izobrazbe (KLASIUS-SRV)	_____
16	Podlaga za zavarovanje	0 4 8	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:

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

## IZJAVA

Podpisani(-a) \_\_\_\_\_, rojen(-a) \_\_\_\_\_,  
stanujoč(-a) \_\_\_\_\_,  
telefonska številka \_\_\_\_\_, dajem v zvezi s prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje po 20. točki

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

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. sem družabnik(-ica) družbe oziroma ustanovitelj(-ica) zavoda, v kateri sem hkrati poslovodna oseba                 | DA | NE |
| 2. sem kmet(-ica), član(-ica) kmečkega gospodarstva oziroma opravljam kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic | DA | NE |
| 3. sem prejemnik(-ca) pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja   | DA | NE |
| 4. sem obvezno zdravstveno zavarovan(-a) v tujini   | DA | NE |
| 5. 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 sprememb 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 ZZVZZ 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 \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_