



**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 (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:

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

## IZJAVA O (NE)IZPOLNJEVANJU POGOJEV ZA ZAVAROVANJE PO DRUGI PODLAGI

V zvezi s prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (zavarovalna podlaga 048 – oseba s stalnim prebivališčem v RS, ki ne izpolnjuje pogojev za zavarovanje po eni izmed drugih točk prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in si sama plačuje prispevek) spodaj podpisani

---

(priimek in ime)

---

(rojstni datum)

izjavljam, da:

(ustrezno označiti):

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) sem kmet(-ica), član(-ica) kmečkega gospodarstva oziroma opravljam kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| b) sem prejemnik(-ca) pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| c) sem obvezno zdravstveno zavarovan(-a) v tujini  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| d) sem prejemnik(-ca) poklicne pokojnine   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| <br>   |                             |                             |
| • Soglašam, da Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vloži odjavo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma razveljavi prijavo v zavarovanje po 20. točki prvega odstavka 15. člena ZZVZZ v primeru ureditve zavarovanja iz drugega naslova oziroma v primeru odjave ali izbrisa stalnega prebivališča v RS. | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| • Soglašam, da me o odjavi iz zavarovanja oziroma razveljavitvi prijave v zavarovanje ni treba obveščati.  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |

Datum: \_\_\_\_\_

---

(podpis)