

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 1 1000 LJUBLJANA		
2	Registrska številka	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	4
			EMŠO
			0 _1_ _0_ _1_ _9_ _9_ _6_ _5_ _0_ _0_ _1_ _1_ _1_ _1_
3	Matična številka poslovnega subjekta	_ _ _ _ _ _ _ _ _0_ _0_ _0_	5
			Davčna številka
			1 _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_

Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO	_0_ _1_ _0_ _1_ _9_ _9_ _6_ _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)	_0_ _1_ _1_ _0_ _2_ _0_ _2_ _2_	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:

26.9.2022

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

MIHA NOVAK

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

NOVAK MIHA

(priimek in ime)

1.1.1996

(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 |
|
 | | |
| • 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:

26.9.2022

MIHA NOVAK

(podpis)