

ODJAVA
iz pokojninskega in invalidskega ter
zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za
dolgotrajno oskrbo, zavarovanja za starševsko
varstvo in zavarovanja za primer brezposelnosti

Potrditev prejema odjave

Podatki o ZAVEZANCU

1	Firma in sedež / osebno ime in prebivališče		
2	Registrska številka	1	EMŠO
3	Matična številka poslovnega subjekta	0	Davčna številka

Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO
8	PRIIMEK
9	IME

Podatki o ZAVAROVANJU

15	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto)
16	Podlaga za zavarovanje
17	Delovni / zavarovalni čas zavarovanca (ur na teden)
18	Polni delovni / zavarovalni čas zavezanca (ur na teden)
31	Vzrok prenehanja zavarovanja
32	Datum prenehanja zavarovanja (dan, mesec, leto)

Opombe:

Datum izpolnitve odjave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

POTRDILO O ODJAVI
iz pokojninskega in invalidskega ter
zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za
dolgotrajno oskrbo, zavarovanja za starševsko
varstvo in zavarovanja za primer brezposelnosti

Potrditev prejema odjave

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	_____
8	PRIIMEK	
9	IME	

Podatki o ZAVAROVANJU

15	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto)	_____ _____ _____
16	Podlaga za zavarovanje	_____ _____
17	Delovni / zavarovalni čas zavarovanca (ur na teden)	_____
18	Polni delovni / zavarovalni čas zavezanca (ur na teden)	_____
31	Vzrok prenehanja zavarovanja	_____
32	Datum prenehanja zavarovanja (dan, mesec, leto)	_____ _____ _____

Opombe:

Datum izpolnitve odjave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca