

SPREMEMBA
podatkov o pokojninskem in invalidskem ter
zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za
dolgotrajno oskrbo, zavarovanju za starševsko
varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti

Potrditev prejema spremembe

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 SPREMEMBI ZAVAROVANJA

13	Vzrok spremembe zavarovanja	_____	14	Datum spremembe zavarovanja (dan, mesec, leto)	_____
----	-----------------------------	-------	----	---	-------

Podatki o ZAVAROVANJU, ki se ne spreminjajo

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

Podatki o ZAVAROVANJU, ki se spreminjajo

19	Matična številka enote poslovnega subjekta	_____	25	Poklic, ki ga opravlja (SKP-08)	_____
21	Številka enotnega dovoljenja	_____	26	Delovno razmerje	_____
22	Iztek zavarovalnih pogojev (dan, mesec, leto)	_____	27	Izmensko delo	_____
23	Vrsta izobrazbe (KLASIUS-SRV)	_____	29	Vrsta invalidnosti	_____
24	Področje izobrazbe (KLASIUS-P-16)	_____			

Opombe:

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

