

SPREMEMBA

podatkov o pokojninskem in invalidskem ter
zdravstvenem zavarovanju, 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		

Podatki o ZAVAROVANCU

5	EMŠO		6	Državljanstvo
7	PRIIMEK			
8	IME			
9	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka		
10		Številka in kraj pošte		
11		Država		

Podatki o SPREMEMBI ZAVAROVANJA

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

Podatki o ZAVAROVANJU, ki se ne spreminjajo

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

Podatki o ZAVAROVANJU, ki se spreminjajo

18	Matična številka enote poslovnega subjekta		25	Poklic, ki ga opravlja (SKP-08)
20	Številka delovnega dovoljenja		26	Delovno razmerje
21	Iztek zavarovalnih pogojev (dan, mesec, leto)		27	Izmenko delo
22	Poklicna /strokovna izobrazba		28	Poslan v državo
23	Vrsta izobrazbe (KLASIUS-SRV)		29	Vrsta invalidnosti
24	Področje izobrazbe (KLASIUS-P)			

Opombe:

.....

.....
Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

.....
Podpis odgovorne osebe zavezanca

POTRDILO O SPREMEMBI

podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, 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	

Podatki o ZAVAROVANCU

5	EMŠO		6	Državljanstvo	
7	PRIIMEK				
8	IME				
9	Stalno prebivališče v tujini	Naselje, ulica, hišna številka			
10		Številka in kraj pošte			
11		Država			

Podatki o SPREMEMBI ZAVAROVANJA

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

Podatki o ZAVAROVANJU, ki se ne spreminjajo

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

Podatki o ZAVAROVANJU, ki se spreminjajo

18	Matična številka enote poslovnega subjekta		25	Poklic, ki ga opravlja (SKP-08)	
20	Številka delovnega dovoljenja		26	Delovno razmerje	
21	Iztek zavarovalnih pogojev (dan, mesec, leto)		27	Izmenko delo	
22	Poklicna /strokovna izobrazba		28	Poslan v državo	
23	Vrsta izobrazbe (KLASIUS-SRV)		29	Vrsta invalidnosti	
24	Področje izobrazbe (KLASIUS-P)				

Opombe:

.....

.....
Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

.....
Podpis odgovorne osebe zavezanca