



## Vloga za pridobitev informativnih podatkov o poklicni pokojnini

### Podatki o zavarovancu-članu:

Ime in priimek:

Naslov:

Datum rojstva:

EMŠO:

Davčna številka:

Telefon:

Številka police:

Želim pridobiti informacijo o predvidenem datumu poklicne upokojitve in informativnem znesku poklicne pokojnine.

Prilagam izpolnjen obrazec Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije Zahteva za predhodno pisno informacijo o datumu izpolnitve pogojev za pridobitev pravice do starostne in predčasne pokojnine.

Opozorilo upravljavca: Zavarovanec lahko preveri izpolnjevanje pogojev za poklicno upokojitev najprej tri leta pred dopolnitvijo pokojninske dobe 40 let (tretji odstavek 204. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju - ZPIZ-2) oz. 42 let in 6 mesecev (prvi odstavek 204. člena ZPIZ-2).

Opozorilo upravljavca: Delodajalec lahko preneha plačevati prispevke šele, ko zavarovanec izpolni pogoje za poklicno upokojitev brez upoštevanja pravic, ki jih je zavarovanec upravičen uveljavljati zaradi znižanja starostne meje za pridobitev pravice do starostne pokojnine. Zavod uveljavljenih pravic zavarovanca pri izračunu, na podlagi vloge delodajalca, ne sme upoštevati, zato mora delodajalec pred uveljavitvijo pravice delodajalca do prenehanja plačevanja prispevka za zavarovanca, ki izpolnjuje pogoje za pridobitev pravice do poklicne pokojnine pri Kapitalni družbi, d. d., sam preveriti izpolnjevanje pogojev, v primeru, da takšna preveritev s strani delodajalca še ni bila izvedena.

S podpisom dovoljujem Kapitalni družbi, d. d., in Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, da lahko zbirata in izmenjujeta moje osebne podatke za namen ugotovitve izpolnitve pogojev za pridobitev pravice do poklicne pokojnine, določitve višine poklicne pokojnine in izplačevanja poklicne pokojnine.

Ravno tako dovoljujem Kapitalni družbi, d. d., in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije izmenjavo mojih osebnih podatkov za namene urejanja obveznega zdravstvenega zavarovanja in plačevanja prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje.

S podpisom dovoljujem, da Kapitalska družba, d. d. za potrebe izplačevanja poklicnih pokojnin iz Centralnega registra prebivalstva mesečno pridobiva podatke o moji živosti in mojem zadnjem stalnem prebivališču.

\_\_\_\_\_

Kraj in datum:

\_\_\_\_\_

Podpis zavarovanca-člana:

