

**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:

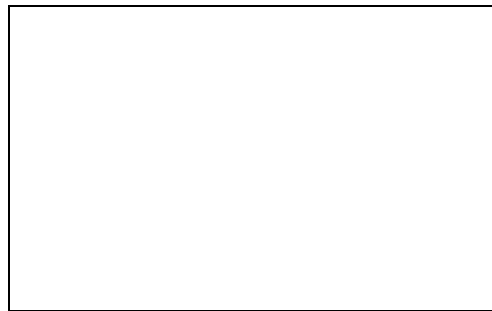
Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

**POTRDILO O SPREMEMBI**  
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	Izteki zavarovalnih pogojev (dan, mesec, leto)	_____	27	Izmensko delo	_____
23	Vrsta izobrazbe (KLASIU-SRV)	_____	29	Vrsta invalidnosti	_____
24	Področje izobrazbe (KLASIU-P-16)	_____			

Opombe:

Datum izpolnitve prijave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca