

**IZJAVA O OPRAVLJENEM KOLEKTIVNEM DOGOVARJANJU GLEDE VZPOSTAVITVE
KOLEKTIVNEGA PROSTOVOLJNEGA DODATNEGA POKOJNINSKEGA ZAVAROVANJA**

Spodaj podpisana, predstavnik delodajalca (ime in priimek) _____
in predstavnik zaposlenih* pri delodajalcu (ime in priimek) _____,
ki v skladu z 235 členom Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2O) odločava
o sklenitvi pogodbe o oblikovanju pokojninskega načrta v družbi (ime družbe) _____
_____ z davčno številko _____

izjavlja,

da sva skladno z 239.a členom ZPIZ-2o izvedla kolektivno dogovarjanje glede vzpostavitve
kolektivnega prostovoljnega dodatnega pokojninskega zavarovanja, vendar se za sklenitev
pogodbe o oblikovanju pokojninskega načrta nisva dogovorila.

Kraj in datum, _____

Predstavnik delodajalca (ime, priimek, podpis)

Predstavnik zaposlenih (ime, priimek, podpis)

**Kolektivno dogovarjanje opravi poslovodstvo družbe s predstavnikom zaposlenih, in sicer z reprezentativnim sindikatom oziroma svetom delavcev, če v družbi nimajo reprezentativnega sindikata. Če v družbi nimajo ne reprezentativnega sindikata in ne sveta delavcev zaposleni s posebno pisno izjavo pooblastijo svojega predstavnika, ki opravi dogovarjanje. Izjavo za glasovanja najdete na hrbtni strani. Podpisane Izjave hranite v vaši evidenci, skupaj s kopijo Izjave o opravljenem kolektivnem dogovarjanju glede vzpostavitve zavarovanja.*

Če v okviru kolektivnega dogovarjanja, ki sta ga predstavnika delodajalca in zaposlenih dolžna opraviti do 1. januarja 2028, ne pride do sklenitve pogodbe o oblikovanju pokojninskega načrta kolektivnega prostovoljnega dodatnega zavarovanja, delodajalec to izjavo posreduje Inšpektoratu Republike Slovenije za delo.

**IZJAVA O IZBIRI PREDSTAVNIKA ZAPOSLENIH ZA DOGOVARJANJE O VZPOSTAVITVI
KOLEKTIVNEGA PROSTOVOLJNEGA DODATNEGA POKOJNINSKEGA ZAVAROVANJA**

Spodaj podpisani (ime in priimek) _____, soglašam, da je
kandidat (ime in priimek) _____ izbran za predstavnika
zaposlenih v podjetju in je pooblaščen za dogovarjanje o vzpostavitvi kolektivnega prostovoljnega
dodatnega pokojninskega zavarovanja s poslovodstvom.

Datum, _____

Podpis _____