

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ПОКРАЈИНСКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА _____

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА
НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ТЕЛЕСНО ОШТЕЋЕЊЕ И
НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ПОМОЋ И НЕГУ ДРУГОГ ЛИЦА**

Подносим захтев да ми се призна право на новчану накнаду за телесно оштећење и новчану накнаду за помоћ и негу другог лица и дајем следеће податке:

I	ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА	<small>Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X</small>	
A.	ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА		
1.	а. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ		
	б. РАНИЈА ПРЕЗИМЕНА (ДЕВОЈАЧКО, ОСТАЛА)		
2.	а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)		
	б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)		
3.	а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА	<p>_____ (УЛИЦА И БРОЈ)</p> <p>_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</p> <p>□ □ □ □ □ _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)</p>	
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН		
II	ПОДАЦИ ЗА ОСИГУРАНИКА		
Наведене податке дајем под материјалном и кривичном одговорношћу:			
1.	ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ЗАПОСЛЕЊА	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
ПОСЛОДАВАЦ КОД КОГА САМ ПОСЛЕДЊИ ПУТ БИО ЗАПОСЛЕН			
	НАЗИВ	МЕСТО, УЛИЦА И БРОЈ	КОНТАКТ ТЕЛЕФОН
2.	ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	ПЕРИОД ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ	МЕСТО - ОПШТИНА	ВРСТА ДЕЛАТНОСТИ
	ОД ДО		
3.	ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	ПЕРИОД ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ	МЕСТО - ОПШТИНА	
	ОД ДО		
4.	КОРИШЋЕЊЕ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	ПЕРИОД КОРИШЋЕЊА ПРАВА		
	ОД	ДО	
5.	ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
6.	ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ ПРАВО НА НОВЧАНУ НАКНАДУ КОД ДРУГОГ ОРГАНА?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	

III ЗА КОРИСНИКЕ ПЕНЗИЈЕ	
Наведене податке дајем под материјалном и кривичном одговорношћу:	
1. КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:	
а) Старосне	<input type="text"/>
б) Инвалидске	<input type="text"/>
в) Породичне	<input type="text"/>

2. **ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ ПРАВО НА НОВЧАНУ НАКНАДУ КОД ДРУГОГ ОРГАНА?** НЕ ДА

IV УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

A) За осигураника

- 1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења, потреби неге и помоћи другог лица
- 2. Оверену фотокопију радне књижице
- 3. Уверење о обављању самосталне делатности које је издао надлежни орган
- 4. Доказ о већ оствареном праву код другог органа
- 5. Пријаву о повреди на раду, уколико је телесно оштећење, потреба за негом и помоћи другог лица настала као последица повреде на раду

Б) За кориснике пензије

- 1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења, потреби неге и помоћи другог лица
- 2. Фотокопију личне карте
- 3. Фотокопију решења о праву на пензију (чек)
- 4. Доказ о већ оствареном праву код другог органа

У _____
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА