

РЕПУБЛИЧКИ 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	Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X	
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 ЗАПОСЛЕН / 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
	ОД	ДО	
			ВРСТА ДЕЛАТНОСТИ
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	



III ЗА КОРИСНИКЕ ПЕНЗИЈЕ	
КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:	
а) Старосне	<input type="checkbox"/>
б) Инвалидске	<input type="checkbox"/>
в) Породичне	<input type="checkbox"/>

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

А) 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. Доказ о већ оствареном праву код другог органа

У _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА