

**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:

<b>I</b>	<b>ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА</b>	Податке у захтеву уписати штампаним словима, а тачан податак потврдити са X	
<b>A.</b>	<b>ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА</b>		
1.	<b>a. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ</b>		
	<b>б. РАНИЈА ПРЕЗИМЕНА (ДЕВОЈАЧКО, ОСТАЛА)</b>		
2.	<b>a. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)</b>		
	<b>б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)</b>		
3.	<b>a. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)</b>	_____ (УЛИЦА И БРОЈ)	
		_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)	
		[ ][ ][ ][ ][ ] (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)	
	<b>б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН</b>		
<b>II</b>	<b>ПОДАЦИ ЗА ОСИГУРАНИКА</b>		
	Наведене податке дајем под материјалном и кривичном одговорношћу:		
1.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ЗАПОСЛЕЊА</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	<b>ПОСЛОДАВАЦ КОД КОГА САМ ПОСЛЕДЊИ ПУТ БИО ЗАПОСЛЕН</b>		
	НАЗИВ	МЕСТО, УЛИЦА И БРОЈ	КОНТАКТ ТЕЛЕФОН
2.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	<b>ПЕРИОД ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>		
	ОД	ДО	МЕСТО - ОПШТИНА
3.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	<b>ПЕРИОД ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>		
	ОД	ДО	МЕСТО - ОПШТИНА
4.	<b>КОРИШЋЕЊЕ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ</b>	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
	<b>ПЕРИОД КОРИШЋЕЊА ПРАВА</b>		
	ОД	ДО	
5.	<b>ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ?</b>	<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="checkbox"/>
б) Инвалидске	<input type="checkbox"/>
в) Породичне	<input type="checkbox"/>

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

НЕ  ДА

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**