

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

Број досијеа _____

(попуњава овлашћени радник Фонда)

ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА НОВЧАНУ НАКНАДУ ЗА ТЕЛЕСНО ОШТЕЋЕЊЕ

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

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Податке у захтеву уписати штампаним словима,
а тачан податак потврдити са X

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 (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА Г ПОДРУЧЈА АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)	<p>_____ (УЛИЦА И БРОЈ)</p> <p>_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</p> <p>□ □ □ □ □ _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)</p>
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

II ЗА ОСИГУРАНИКА

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	

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

IV	ДА ЛИ ЈЕ ТЕЛЕСНО ОШТЕЋЕЊЕ НАСТАЛО КАО ПОСЛЕДИЦА:	<input type="checkbox"/> болести <input type="checkbox"/> професионалне болести <input type="checkbox"/> повреде на раду <input type="checkbox"/> повреде ван рада или <input type="checkbox"/> повреде у саобраћају
----	---	---

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

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Оригинал медицинску документацију лекара специјалисте о постојању телесног оштећења | <input type="checkbox"/> |
| 2. Фотокопију личне карте | <input type="checkbox"/> |
| 3. Оверену фотокопију радне књижице (за осигураника) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Уверење о обављању самосталне делатности које је издао надлежни орган (за осигураника) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Фотокопију решења о праву на пензију или чек (за корисника пензије) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Пријаву о повреди на раду, уколико је телесно оштећење, настало као последица повреде на раду | <input type="checkbox"/> |

Сагласан сам да ми се исплата новчане накнаде врши на кућну адресу на територији Републике Србије, ако се, након добијања решења благовремено не изјасним о начину исплате, односно не доставим захтев са потребном документацијом.

У _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Својим потписом одговарам за тачност наведених података и дајем сагласност РФПИО за њихово коришћење и размену са надлежним органима и организацијама