

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

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

ЗАХТЕВ ЗА ПРЕСТАНАК СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА ПО ЧЛАНУ 15. ЗАКОНА О ПЕНЗИЈСКОМ И ИНВАЛИДСКОМ ОСИГУРАЊУ

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

1.	ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ						
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 (АДРЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧЈА КИМ АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП) (ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)	_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)					
	б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН						

II ИЗЈАВА О ДАТУМУ ПРЕСТАНКА СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА

Опредељујем се да ми својство осигураника, утврђено решењем број _____ од _____ године,
престане са _____ године.

III ДОКАЗ ПОТРЕБАН ЗА ОДЛУЧИВАЊЕ ПО ЗАХТЕВУ:

1. Доказ којим се потврђује идентитет (лична карта на увид или уверење о пребивалишту)

У _____, дана _____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА