

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)

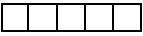
(ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧЈА КИМ)

(АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП)

(ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ)

(УЛИЦА И БРОЈ)

(МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)



(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