

РЕПУБЛИЧКИ 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

Определујем 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)

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

У _____, дана _____ године