

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА _____

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА ПО
ЧЛАНУ 15 ЗАКОНА О ПЕНЗИЈСКОМ И ИНВАЛИДСКОМ ОСИГУРАЊУ
(ДОБРОВОЉНО ПРИСТУПАЊЕ ОБАВЕЗНОМ ОСИГУРАЊУ)**

Подносим захтев да ми се утврди својство осигураника од _____ године

Напомена: Својство осигураника може се стећи најраније 30 дана пре дана подношења захтева

I. ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

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

1.	ПРЕЗИМЕ, ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА, ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ 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 (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕННО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧИЈА 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						
	напомена:						

II. ИЗЈАВА О ВИСИНИ ОСНОВИЦЕ

Допринос за пензијско и инвалидско осигурање желим да уплаћујем на основицу доприноса одређеног у проценту од просечне зараде по запосленом у Републици у претходном кварталу:

<input type="checkbox"/> 0) 35%	<input type="checkbox"/> 3) 65%	<input type="checkbox"/> 6) 115%	<input type="checkbox"/> 9) 200%	<input type="checkbox"/> 12) 500%
<input type="checkbox"/> 1) 40%	<input type="checkbox"/> 4) 80%	<input type="checkbox"/> 7) 127%	<input type="checkbox"/> 10) 300%	
<input type="checkbox"/> 2) 54%	<input type="checkbox"/> 5) 87%	<input type="checkbox"/> 8) 155%	<input type="checkbox"/> 11) 400%	

III. ПОДАЦИ О СТАЖУ ОСИГУРАЊА ПРЕ ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА

ПРЕ ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА:

1.	<input type="checkbox"/> БИО САМ ОБАВЕЗНО ОСИГУРАН од _____ до _____ године По основу: <input type="checkbox"/> запослења <input type="checkbox"/> обављања самосталне делатности
2.	<input type="checkbox"/> НИСАМ БИО У ОБАВЕЗНОМ ОСИГУРАЊУ
3.	<input type="checkbox"/> КОРИСНИК САМ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ
4.	<input type="checkbox"/> КОРИСНИК САМ ПРАВА ИЗ ПЕНЗИЈСКОГ И ИНВАЛИДСКОГ ОСИГУРАЊА Навести право: _____

IV. УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ: (ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Оверену фотокопију личне карте | <input type="checkbox"/> |
| 2. Оверену фотокопију радне књижице | <input type="checkbox"/> |
| 3. Уверење о обављању самосталне делатности које је издао надлежни орган општине, односно одговарајуће удружење, савез, односно решење Агенције за привредне регистре | <input type="checkbox"/> |
| 4. Пријаву на осигурање – образац М | <input type="checkbox"/> |
| 5. Потврду о периодима евиденције код Националне службе за запошљавање | <input type="checkbox"/> |
| 6. Фотокопију решења о признатом праву из пензијског и инвалидског осигурања | <input type="checkbox"/> |

У _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Д број: _____
ЈМБГ: _____

Упознат-а сам од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање да Фонд може да врши увид, прибавља и обрађује личне податке о чињеницама о којима се води службена евиденција када је то неопходно за одлучивање, осим ако странка изричито изјави да ће те податке прибавити сама, и тим поводом дајем следећу:

ИЗЈАВУ

Податке наведене у захтеву који сам поднео-ла за _____,
(навести врсту права)
у делу „УЗ ЗАХТЕВ ПРИЛАЖЕМ“ под редним бројем _____, сам-а ћу
прибавити, и благовремено доставити Фонду ради одлучивања.

У _____, дана _____ године

(име и презиме даваоца изјаве)

(својеручни потпис)

ОБР-1155