

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА  
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО  
ОСИГУРАЊЕ  
ДИРЕКЦИЈА

Број досијеа \_\_\_\_\_  
(попуњава овлашћени радник Фонда)

**ЗАХТЕВ ЗА ПРИЗНАВАЊЕ ПРАВА НА ИНВАЛИДСКУ ПЕНЗИЈУ  
ПРИМЕНОМ КОНВЕНЦИЈЕ/СПОРАЗУМА О СОЦИЈАЛНОМ  
ОСИГУРАЊУ ИЗМЕЂУ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ И \_\_\_\_\_**

Подносим захтев да ми се призна право на инвалидску пензију и дајем следеће податке.

I	<b>ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА</b>	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.	ДАТУМ И МЕСТО РОЂЕЊА							
4.	а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА (АРДЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ) (ЗА ПРИВРЕМЕНО 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							
5.	ПЕРИОД СЛУЖЕЊА ВОЈНОГ РОКА							
6.	ДА ЛИ СТЕ У ВРЕМЕ ПОДНОШЕЊА ЗАХТЕВА НА БОЛОВАЊУ?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА - _____ (од када)						
7.	ДА ЛИ ЈЕ ВАША НЕСПОСОБНОСТ ЗА РАД НАСТАЛА 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						
8.	ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ НЕКО ОД ПРАВА ИЗ ПЕНЗИЈСКОГ И ИНВАЛИДСКОГ ОСИГУРАЊА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА - _____ (код које организације за осигурање, фонда и врста права)						
9.	<b>ПОДАЦИ О СТАЖУ НАВРШЕНОМ У ИНОСТРАНСТВУ</b>							
	Овим изјављујем под материјалном и кривичном одговорношћу:							
	А. НИСАМ ОСТВАРИО СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ	<input type="checkbox"/>						
	Б. ОСТВАРИО САМ СТАЖ У ИНОСТРАНСТВУ	<input type="checkbox"/>	Навести:					
	а) НАЗИВ ДРЖАВЕ: 1. _____ 2. _____							
	б) ПЕРИОД ЗАПОСЛЕЊА:	ПОСЛОДАВАЦ (Назив и адреса)	ПИСАНИ ДОКАЗИ					
	од _____ до _____		<input type="checkbox"/> прилажем <input type="checkbox"/> не поседвијем					
			<input type="checkbox"/> прилажем <input type="checkbox"/> не поседвијем					
			<input type="checkbox"/> прилажем <input type="checkbox"/> не поседвијем					
10.	ДА ЛИ СТЕ ОСТВАРИЛИ НЕКО ОД ПРАВА ИЗ ПЕНЗИЈСКОГ И ИНВАЛИДСКОГ ОСИГУРАЊА КОД ИНОСТРАНОГ НОСИОЦА ОСИГУРАЊА?	<input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА - _____ (код које организације за осигурање, фонда и врста права)						

II **ПОДАЦИ О ОБАВЕЗНОМ ПЕНЗИЈСКОМ И ИНВАЛИДСКОМ ОСИГУРАЊУ У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

11.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ЗАПОСЛЕЊА</b> <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
<b>ПОСЛОДАВАЦ КОД КОГА СТЕ ПОСЛЕДЊИ ПУТ БИЛИ ЗАПОСЛЕНИ</b>		
	НАЗИВ	МЕСТО, УЛИЦА И БРОЈ
		КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

12.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b> <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
<b>а) ПЕРИОД ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>		
	ОД	ДО
<b>б) ПЕРИОДИ ПРИВРЕМЕНЕ ОБУСТАВЕ ОБАВЉАЊА ДЕЛАТНОСТИ</b>		
	ОД	ДО

13.	<b>ОСИГУРАЊЕ ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b> <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
<b>ПЕРИОД ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ</b>		
	ОД	ДО
<b>МЕСТО - ОПШТИНА</b>		

III	<b>КОРИШЋЕЊЕ ПРАВА КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ</b> <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ДА	
<b>ПЕРИОД КОРИШЋЕЊА ПРАВА</b>		
	ОД	ДО

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

- 1. Образац бр. 1 ординирајућег лекара, са оригиналном медицинском документацијом (специјалистички налази, отпусне листе и др.). Образац бр. 1 мора бити откуцан на писаћој машини или компјутерски обрађен
- 2. Потврду о радном месту, опис посла који осигураник обавља у моменту подношења захтева (попуњава кадровска служба послодавца)
- 3. Пријаву о повреди на раду, уколико је осигураник претрпео повреду на раду
- 4. Доказ о регулисаном војном року (фотокопија војне књижице или уверење војног одсека)
- 5. Доказ о коришћењу права – евиденцији код Националне службе за запошљавање
- 6. Фотокопију личне карте
- 7. Извод из матичне књиге рођених (за осигуранике који не поседују личну карту издату у Републици Србији)
- 8. Фотокопију здравствене књижице
- 9. Доказе о пензијском стажу у Републици Србији – радна књижица, уверење о бенефицираном стажу, друге јавне исправе о стажу (решења, уверења, потврде и слично) у оригиналу
- 10. Доказ о престанку запослења – решење (фотокопија)
- 11. Уверење о обављању самосталне делатности издато од надлежног органа општине, односно одговарајућег удружења, савеза (за период до 31. 12. 2005. год.), односно решење Агенције за привредне регистре (за период од 1. 1. 2006. год.)
- 12. Уверење о плаћеном доприносу за ПИО са исказаним основицама доприноса и износом уплаћеног доприноса, издато од Пореске управе за период обављања самосталне делатности (ово уверење није потребно за самосталне уметнике, филмске раднике и спортисте до 31. 12. 2002. године, а за свештенике и верске службенике до 31. 8. 2004. године)
- 13. Уверење о плаћеном доприносу за ПИО са исказаним основицама доприноса и износом уплаћеног доприноса, издато од Пореске управе за период обављања пољопривредне делатности
- 14. Све писане доказе о стажу у иностранству

**Напомена: Уколико сте били осигурани по више основа (запослење, самостална делатност, пољопривредна делатност), потребно је доставити доказ о сваком од наведених основа осигурања**

**Сагласан сам да ми се исплата пензије 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