

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

Подносим захтев да ми престане својство осигураника по члану 15 Закона о пензијском и инвалидском осигурању

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Податке у захтеву уписати штампаним словима

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						

II ИЗЈАВА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

1.	Опредељујем се да ми својство осигураника, утврђено решењем број _____ од _____ године, престане са _____ године.
2.	Допринос за пензијско и инвалидско осигурање уплатио сам закључно са _____ године.

у _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА