

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	<p>_____ (УЛИЦА И БРОЈ)</p> <p>_____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)</p>
	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