

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА  
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО  
ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА \_\_\_\_\_

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

**ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ПРЕСТАНКА  
СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА ПОЉОПРИВРЕДНИКА**

**I У ДОМАЋИНСТВУ СУ ОБАВЕЗНО ОСИГУРАНА СЛЕДЕЋА ЛИЦА:** Податке у захтеву уписати штампаним словима

Редни бр.	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**II НАДАЉЕ ЋЕ ОБАВЕЗНО БИТИ ОСИГУРАНО СЛЕДЕЋЕ ЛИЦЕ:**

Редни бр.	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА
1.		

**III ЛИЦА КОЈА СУ РАНИЈЕ БИЛА ОБАВЕЗНО ОСИГУРАНА, А ОСТАЈУ У ОСИГУРАЊУ ДОБРОВОЉНО:**

Редни бр.	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ	ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА
1.		
2.		

**IV ПОДНОСИМО ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ПРЕСТАНКА СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА ЗА СЛЕДЕЋА ЛИЦА:**

Редни бр.	ПОТПИС	ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Сагласан сам да податке о личности, садржане у захтеву, утврђене на основу идентификационе јавне исправе, као и у другим приватним или јавним исправама које уз захтев предајем, Фонд може обрађивати у складу са Законом о заштити података о личности и задржати их у предатим исправама у списима предмета.

У \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ године

(МЕСТО)

(УЛИЦА И БРОЈ)