

**РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ПЕНЗИЈСКО И  
ИНВАЛИДСКО ОСИГУРАЊЕ**

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

**ЗАХТЕВ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ПРОЦЕНТА ТЕЛЕСНОГ ОШТЕЋЕЊА**

**I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА**

1. а. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ РОДИТЕЉА И ИМЕ

б. РАНИЈА ПРЕЗИМЕНА  
(ДЕВОЈАЧКО, ОСТАЛА)

2. а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА  
(ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)

б. РАНИЈИ ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА, ЛИЧНИ  
БРОЈ ИЛИ ДРУГИ БРОЈ ПОД КОЈИМ СТЕ ВОЂЕНИ У  
ЕВИДЕНЦИЈАМА ФОНДА

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

в. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА  
(ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)

3. а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА  
- АДРЕСА ИЗ ВАЖЕЋЕ ЛИЧНЕ КАРТЕ  
- ЗА ПРИВРЕМЕНО РАСЕЉЕНА ЛИЦА СА ПОДРУЧЈА КИМ  
АДРЕСА ИЗ ЗЕЛЕНОГ КАРТОНА ИЛИ ПОТВРДЕ МУП  
- ЗА СТРАНЦЕ АДРЕСА ИЗ ПОТВРДЕ О БОРАВИШТУ

\_\_\_\_\_ (УЛИЦА И БРОЈ)

\_\_\_\_\_ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)

--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)

б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН

в. E-MAIL АДРЕСА

г. АДРЕСА ЗА ДОСТАВЉАЊЕ ПОЗИВА ЗА  
МЕДИЦИНСКО ВЕШТАЧЕЊЕ

\_\_\_\_\_ (УЛИЦА И БРОЈ)

\_\_\_\_\_ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА)

--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)

**II 1. ОБАВЕЗНО САМ ОСИГУРАН ПО ОСНОВУ:**

**НИСАМ ОБАВЕЗНО ОСИГУРАН**

а) ЗАПОСЛЕЊА

б) ОБАВЉАЊА САМОСТАЛНЕ ДЕЛАТНОСТИ

в) ОБАВЉАЊА ПОЉОПРИВРЕДНЕ ДЕЛАТНОСТИ

г) КОРИШЋЕЊА НАКНАДЕ КОД НАЦИОНАЛНЕ СЛУЖБЕ  
ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ

**2. КОРИСНИК САМ ПЕНЗИЈЕ:**

а) Старосне

б) Превремене старосне

в) Инвалидске

г) Породичне

**III ДА ЛИ ВАМ ЈЕ УТВРЂЕНО ТЕЛЕСНО ОШТЕЋЕЊЕ КОД ДРУГОГ ОРГАНА?**

ДА

НЕ

По одредбама Закона о општем управном поступку Републички фонд за пензијско и инвалидско осигурање 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.

**IV ПРАВО НА НОВЧАНУ НАКНАДУ**

Сагласан сам да, уколико се у поступку утврди телесно оштећење у висини од најмање 30%, проузроковано повредом на раду или професионалном болешћу, донесе одлука у складу са одредбом члана 37. став 2 Закона о пензијском и инвалидском осигурању о праву на новчану накнаду по основу телесног оштећења.

ДА  НЕ

**V ЗА СЛЕПЕ И СЛАБОВИДЕ ОСОБЕ**

Да ли је потребно да писмено Фонда (обавештење, позив, закључак, решење и др.), које ће Вам Фонд доставити, буде штампано и на Брајевом писму?

ДА  НЕ

Сагласан сам да податке садржане у писмену Фонда (обавештењу, позиву, закључку, решењу и др.) ради њиховог штампања на Брајевом писму, Фонд достави лицима са којима има закључен уговор о штампању писмена Фонда на Брајевом писму.

**VI ДОКАЗИ ПОТРЕБНИ ЗА ОДЛУЧИВАЊЕ ПО ЗАХТЕВУ (ЗА ПРИЛОЖЕНЕ ДОКАЗЕ ОДГОВАРАЈУЋИ КВАДРАТИЋ ОЗНАЧИТИ СА "X")**

1. Доказ којим се потврђује идентитет (лична карта на увид или уверење о пребивалишту)

2. Медицинска документација у оригиналу или овереној копији

3. Доказ о запослењу - радна књижица, односно друге јавне исправе (решења, уверења, потврде и слично)

4. Доказ о коришћењу права код Националне службе за запошљавање

5. Уверење о обављању самосталне делатности издато од стране надлежног органа општине, односно одговарајућег удружења, савеза (за период од 31.12.2005. године), односно решење Агенције за привредне регистре (за период од 1.1.2006. године)

6. Доказ о утврђеном телесном оштећењу код другог органа (по војним прописима, прописима о социјалној заштити, прописима о борачко-инвалидској заштити..)

7. Извештај о повреди на раду, односно професионалном обољењу.

Изјављујем да ћу податке под редним бројем: \_\_, \_\_, \_\_, \_\_, \_\_, сам -а прибавити и благовремено доставити Фонду на одлучивање.

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 \_\_\_\_\_, дана \_\_\_\_\_ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА