

**ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A SRBSKOU REPUBLIKOU
O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ
СПОРАЗУМ ИЗМЕЂУ СЛОВАЧКЕ РЕПУБЛИКЕ И РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
О СОЦИЈАЛНОЈ СИГУРНОСТИ**

**ŽIADOSŤ O DÔCHODOK
(Články 17 a 20 Zmluvy)
ЗАХТЕВ ЗА ПЕНЗИЈУ
(Чл. 17. и 20. Споразума)**

Číslo konania v Srbskej republike
Број предмета у Србији

Rodné číslo v Slovenskej republike
Број на рођењу Словачкој

Rodné číslo
Јединствени матични број грађана (ЈМБГ)

**1. Žiadost' sa podáva o ⁽¹⁾
Захтев се подноси за**

- Starobný dôchodok
Старосну пензију
- Predčasný starobný dôchodok
Превремену старосну пензију
- Invalidný dôchodok ⁽²⁾
Инвалидску пензију

Dátum podania žiadosti: _____
Датум подношења захтева:

**2. Osobné údaje o poistencovi ⁽¹⁾
Лични подаци о осигуранику/ци**

Priezvisko: Презиме:	Meno: Име:
Rodné priezvisko: Презиме на рођењу:	Predchádzajúce priezviská (vyplní, napr. vdova, vdovec, rozvedený/-á): Ранија презимена (допишите нпр. удова, удовац, разведен/а):
Dátum narodenia: Датум рођења:	Miesto a štát narodenia: Место рођења и држава:
Pohlavie: Пол: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena мушки женски	

Rodinný stav:
 Брачно стање:
 slobodný/slobodná ženatý/vydatá partnerské spolužitie vdovec/vdova
 неожењен/неудата ожењен/удата ванбрачна заједница удовац/ удова
 rozvedený/-á zánik partnerského spolužitia znovu ženatý/vydatá
 разведен/а престанак ванбрачне заједнице поново ожењен/удата

od
 од

Adresa (ulica, číslo, miesto, PSČ, štát):
 Адреса (улица, кућни број, место, поштански број, држава):

3. Zastupuje poistenca v tomto konaní iná osoba? ⁽¹⁾
Да ли осигураника/цу у овом поступку заступа друго лице?

<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno не да	Ak áno, priložte písomný doklad Ако да, приложите писани доказ
	Priezvisko a meno: Презиме и име: _____ Splnomocnenie platí od: Пуномоћ важи од: _____
	v postavení: у својству: <input type="checkbox"/> zákonného zástupcu <input type="checkbox"/> opatrovníka <input type="checkbox"/> splnomocnenca законског заступника старатеља пуномоћника
Adresa (ulica, číslo, miesto, PSČ, štát): Адреса (улица, кућни број, место, поштански број, држава): _____	

4. Obdobie poistenia v treťom štáte ⁽¹⁾
Период осигурања у трећој држави

Vol poistenec dôchodkovo poistený v treťom štáte?
 Да ли је осигураник/ца био/ла осигуран/а у трећој држави?
 nie áno Ak áno, v ktorom štáte a odkedy dokedy? _____
 не да Ако да, у којој држави?

5. Vzdelanie poistenca ⁽¹⁾
Стручно образовање осигураника/це

Ukončené vzdelanie, ktoré poistenec získal počas obdobia, kedy naposledy vykonával zamestnanie v Slovenskej republike
 Завршено стручно школовање у време рада који је последњи обављао/ла у Словачкој

<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno не да	ukončené vysokoškolské vzdelanie завршен факултет или висока школа
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno не да	ukončená vyššia škola завршена виша школа
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno не да	vykonaná odborná skúška na výkon určitého povolania положен мајсторски испит
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno не да	ukončená stredná škola завршена средња школа

<input type="checkbox"/> nie не	<input type="checkbox"/> áno да	výučný list изучен занат
<input type="checkbox"/> nie не	<input type="checkbox"/> áno да	ukončená základná škola a absolvovaný kurz завршена основна школа и положен курс
<input type="checkbox"/> nie не	<input type="checkbox"/> áno да	nekvalifikovaný pracovník неквалифицирован радник

Zamestnanie, ktoré poistenec vykonával v Slovenskej republike: _____
Занимање које је осигураник/ца обављао/ла у Словачкој: _____

6. Iné údaje ⁽¹⁾ Други подаци

Je poistenec dôchodkovo poistený ako zamestnanec alebo z dôvodu výkonu samostatnej zárobkovej činnosti (aj keď pre práceneschopnosť momentálne nepracuje – nevykonáva činnosť):
Да ли је осигураник/ца још у радном односу или обавља самосталну делатност (иако због неспособности за рад тренутно не ради - не обавља делатност)?

nie áno
не да

Trvá dočasná práceneschopnosť ku dňu podania žiadosti?
Да ли постоји привремена неспособност за рад у моменту подношења захтева?

nie áno Ако áно, odkedy.? _____
не да Ако да, од када?

Ak poistenec už nie je dôchodkovo poistený ako zamestnanec alebo z dôvodu výkonu samostatnej zárobkovej činnosti, dátum ukončenia: _____
Ако осигураник/ца више није у радном односу или не обавља самосталну делатност, датум престанка: _____

Vznikla úplná alebo čiastočná invalidita v dôsledku pracovného úrazu alebo iného úrazu, resp. ju zapríčinila iná osoba?
Да ли је инвалидност потпуно или делимично последица несреће на раду или ван рада, односно да ли ју је проузроковало друго лице?

<input type="checkbox"/> nie не	<input type="checkbox"/> áno да	Ак áно, druh úrazu: Ако да, врста несреће:	Miesto úrazu: Место несреће:	Dátum: Датум:	Meno a adresa osoby, ktorá zapríčinila úraz: Име и адреса починиоца штете:
------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------	------------------	---

Vykonával poistenec povinnú vojenskú službu?
Да ли је осигураник служио војни рок?

nie áno Ако áно, od _____ do _____
не да Ако да, од до

7. Dávky od inštitúcie poistenia v Slovenskej republike, resp. v treťom štáte ⁽¹⁾
Давања од стране носиоца осигурања у Словачкој, односно у трећој држави

Poberá poistenec dôchodkové dávky vrátane dôchodkovej renty alebo dávky v nezamestnanosti zo systému poistenia Slovenskej republiky alebo tretieho štátu?

Да ли осигураник/ца прима давања из пензијског осигурања, рентног осигурања, или осигурања за случај незапослености из система осигурања Словачке или треће државе?

nie áno Ak áno,
не да Ако да,

Druh dávky: _____
Врста давања:

Odkedy _____
Од када

Názov inštitúcie poistenia, štát: _____
Назив носиоца осигурања, држава:

Číslo konania: _____
Број предмета:

Názov a adresa inštitúcie, ktorá vystavila formulár
Назив и адреса носиоца који је испунио образац

--

Dátum Датум	Pečiatka Печат	Podpis Потпис
_____		_____

POUČENIE
УПУТСТВО

- (1) Zodpovedajúcu možnosť označte krížikom
Одговарајући квадратић означите крстићем
- (2) K žiadosti o invalidný dôchodok je potrebné pripojiť formulár SRB/SK 207 a kópie lekárskeho správ
Уз захтев за инвалидску пензију треба приложити образац SRB/SK 207 и копије лекарских налаза