

**SPORAZUM IZMEĐU CRNE GORE I SLOVAČKE REPUBLIKE
O SOCIJALNOM OSIGURANJU
ZMLUVA MEDZI ČIERNOU HOROU A SLOVENSKOU REPUBLIKOU
O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ**

**ZAHTJEV ZA PENZIJU
ŽIADOST' O DÔCHODOK**
(Čl. 16. i 19 Sporazuma)
(Články 16 a 19 Zmluvy)

Broj predmeta u Crnoj Gori _____
Číslo konania v Čiernej Hore

Jedinstveni matični broj (JMB)
Rodné číslo

Број на рођењу у Словачкој
Rodné číslo v Slovenskej republike

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

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

Lični broj
Osobné číslo

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

**Naziv i adresa nosioca osiguranja kome se obrazac dostavlja/
Názov a adresa príslušnej inštitúcie**

--

1. Zahtjev se podnosi za /Žiadost' sa podáva o⁽¹⁾

- ☐ Starosnu penziju
Starobný dôchodok
- ☐ Prijevremenu starosnu penziju
Predčasný starobný dôchodok
- ☐ Invalidsku ⁽²⁾
Invalidný dôchodok

Datum podnošenja zahtjeva _____
Dátum podania žiadosti:

**2. Lični podaci o osiguraniku-ci/
Osobné údaje o poistencovi**

Prezime Priezvisko	Ime Meno
Prezime po rođenju Rodné priezvisko	Ranija prezimena Predchádzajúce priezviská
Datum rođenja Dátum narodenia	Mjesto rođenja i država Miesto narodenia a štát
Pol/ Pohlavie ☐ muški / muž ☐ ženski / žena	Državljanstvo na dan podnošenja zahtjeva Štátna príslušnosť ku dňu podania žiadosti

Bračno stanje
Rodinný stav

☐ neoženjen/neudata ☐ oženjen/udata ☐ udovac/udova ☐ razveden/a ☐ ponovo oženjen/udata
slobodný/slobodná ženatý/vydatá vdovec/vdova rozvedený/-á znovu ženatý /vydatá

od _____
od _____

Adresa ⁽³⁾
Adresa ⁽³⁾

**3. Zastupa li osiguranika/cu u ovome postupku drugo lice? ⁽¹⁾
Zastupuje poistenca v tomto konaní iná osoba?**

~ ☐ ne/ nie ☐ da/ áno	Ako da, priložite pismeni dokaz Ak áno, priložite písomný doklad Prezime i ime _____ Punomoć važi od _____ Priezvisko a meno: _____ Splnomocnenie platí od _____
	U svojstvu / V postavení
	☐ zakonskog zastupnika-ce ☐ staratelja-ice ☐ punomoćnika-ce zákonného zástupcu opatrovníka splnomocnenca
	Adresa ⁽³⁾ _____ Adresa ⁽³⁾ _____

**4. Periodi osiguranja u trećoj državi ⁽¹⁾
Obdobie poistenia v treťom štáte**

Da li je osiguranik-ca bio-la osiguran/a u trećoj državi?
Bol poistenec dôchodkovo poistený v treťom štáte?

☐ ne/ nie ☐ da/ áno

Ako da, u kojoj državi? _____
Ak áno, v ktorom štáte?

**5. Drugi podaci ⁽¹⁾
Iné údaje ⁽¹⁾**

Da li je osiguranik-ca još u radnom odnosu ili obavlja samostalnu, odnosno poljoprivrednu djelatnost? / Je poistenec dôchodkovo poistený ako zamestnanec alebo z dôvodu výkonu samostatnej zárobkovej činnosti?

☐ ne/ nie ☐ da/ áno

Datum prestanka osiguranja, odnosno obavljanja djelatnosti _____
Ak poistenec už nie je dôchodkovo poistený ako zamestnanec alebo z dôvodu výkonu samostatnej zárobkovej činnosti, dátum ukončenia:

Da li je osiguranik služen vojni rok? ☐ ne/ nie ☐ da/ áno Ako da, od _____ do _____
Vykonával poistenec povinnú vojenskú službu? Ak áno, od _____ do _____

Invalidnost je posljedica povrede na radu ☐ ne/ nie ☐ da/ áno
Vznikla invalidita v dôsledku pracovného úrazu?

Da li je povredu prouzrokovalo treće lice?
Zaprčinila ju iná osoba?

☐ ne/ nie

☐ da/ áno

Ako da
Ak áno

Vrsta povrede
druh úrazu

Mjesto povrede
Miesto úrazu

Datum
Dátum

Ime i adresa počinioca povrede
Meno a adresa osoby, ktorá zapríčinila úraz

**6. Davanja od strane nosioca osiguranja u Crnoj Gori odnosno u trećoj državi?
Dávky od inštitúcie poistenia v Čiernej Hore, resp. v treťom štáte?**

Da li je osiguranik/ca korisnik prava na novčana davanja iz penzijskog i invalidskog osiguranja Crne Gore ili nekog drugog stranog penzijskog ili rentnog osiguranja ili osiguranja za slučaj nezaposlenosti?/
Poberá poistenec dôchodkové dávky vrátane dôchodkovej dávky alebo dávky v nezamestnanosti zo systému poistenia Čiernej Hory alebo tretieho štátu?

☐ ne/ nie

☐ da/ áno

Ako da, od kada _____
Ak áno, odkedy

Vrsta davanja _____
Druh dávky

Naziv nosioca osiguranja i država _____
Názov inštitúcie poistenia, štát

Broj predmeta _____
Číslo konania

**Naziv i adresa nosioca osiguranja koji je ispunio obrazac/
Názov a adresa inštitúcie, ktorá vystavila formulár**

Datum
Dátum

Pečat
Pečiatka

Potpis
Podpis

**UPUTSTVO
POUČENIE**

(1) Odgovarajući kvadratić označite križićem.
Zodpovedajúcu možnosť označte krížikom

(2) Uz zahtjev za invalidsku penziju treba priložiti obrazac MNE/SK 207 i kopije ljeakarskih nalaza.
K žiadosti o invalidný dôchodok je potrebné pripojiť formulár MNE/SK 207 a kópie lekárskych správ.

(3) Upišite poštanski broj, mjesto, ulicu, kućni broj i državu.
Ulica, číslo, mesto, PSČ, štát.