

Canada/Serbia Agreement

Applying for a Serbian invalidity pension

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 2710 Station Main
Edmonton AB T5J 2G4
CANADA

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

5. Personal information about the insured person Лични подаци о осигуранику	
Family name Презиме	Name Име
Family name at birth Презиме на рођењу	Date of birth (dd-mm-yy) Датум рођења (дан-месец-година)
Place and state of birth Место рођења и држава	Father's name Име оца
Mother's given name and family name at birth Име и девојачко презиме мајке	Sex/пол: ☐ male/мушки ☐ female/женски

Citizenship Држављанство	Period of military service in the Republic of Serbia (Yugoslavia) Период служења војног рока у Републици Србији (Југославији)
Address (No. and street, Apt. No., city or town, village, country): Адреса (поштански број, место, улица, број и држава):	

6. For persons under guardianship За лица под старатељством	⇒ Enclose proof of guardianship Приложити писмени доказ о старатељству
6.1. Family name and name of guardian: Презиме и име старатеља: _____	
6.2. Address of guardian (No. and street, Apt. No., city or town, village, country): Адреса старатеља (поштански број, место, улица, број и држава): _____	

7. Employment or self – employment in a third state Запослење, односно обављање делатности у трећој држави	⇒ Enclose the proof (if possible) Приложити писмене доказе уколико њима располажете
Has the insured person been employed or performed self-employment activity in a third state? Да ли је осигураник био запослен или обављао самосталну делатносту трећој држави?	
☐ yes/да ☐ no/не	
if yes, in which? ако да, у којој/којим? _____	

8. Occupation of insured person Занимање осигураника
Occupation _____ Занимање

9. Information about changes in health condition Подаци о променама здравственог стања	
9.1. What has caused the changes in the health condition Узрок промене здравственог стања	enclose medical documentation приложити медицинску документацију
Disease ☐ Accident ☐ Болест Повреда ван рада	Work accident ☐ Professional disease ☐ Повреда на раду Професионална болест
9.2. Information about the changes Подаци о променама 	
9.3. When did the changes occur? Од када постоје промене? 	
9.4. Was the injury caused by a third person? yes /да ☐ no /не ☐ Да ли је повреду проузроковало треће лице? If yes, indicate name and address of that person: Ако да, наведите презиме, име и адресу тог лица: 	
9.5. Where and by who were you treated? Наведите где сте лечени и ко вас је лечио? 	
9.6. Other notes: Додатне напомене: 	

10.	General information Општи подаци						
10.1. Is the insured person still employed or self-employed ? Да ли је осигураник још у радном односу, односно да ли обавља самосталну делатност?	yes /да ☐ no /не ☐ If no, indicate the date of cessation of insurance (dd-mm-yy) _____ Ако не, навести датум престанка осигурања по основу запослења или обављања самосталне делатности (дан-месец-година)						
10.2. Are you currently receiving any pension from Canada? Да ли вам се исплаћује пензија из Канаде?	yes /да ☐ no /не ☐						
10.2.1. From Canadian Old Age Security pension На основу Закона о осигурању за случај старости	Since when? (dd-mm-yy) _____ Од када? (дан-месец-година)						
10.2.2. From Canada Pension Plan На основу Канадског пензијског плана	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">retirement ☐</td> <td style="width: 33%;">disability ☐</td> <td style="width: 34%;">Since when? (dd-mm-yy) _____</td> </tr> <tr> <td>старосна</td> <td>инвалидска</td> <td>Од када? (дан-месец-година)</td> </tr> </table>	retirement ☐	disability ☐	Since when? (dd-mm-yy) _____	старосна	инвалидска	Од када? (дан-месец-година)
retirement ☐	disability ☐	Since when? (dd-mm-yy) _____					
старосна	инвалидска	Од када? (дан-месец-година)					
10.3. Indicate the date of cessation of employment or self-employment in Canada Тачан датум престанка запослења или обављања самосталне делатности у Канади	_____						
10.4. Is the insured person a beneficiary under the Serbian social insurance system: Да ли је осигураник корисник права на давање у Републици Србији:							
10.4.1. Pension and invalidity Из пензијског и инвалидског осигурања	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">yes /да ☐ no /не ☐</td> <td style="width: 50%;">If yes, since when? (dd-mm-yy) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ако да, од када (дан-месец-година)</td> </tr> </table>	yes /да ☐ no /не ☐	If yes, since when? (dd-mm-yy) _____		Ако да, од када (дан-месец-година)		
yes /да ☐ no /не ☐	If yes, since when? (dd-mm-yy) _____						
	Ако да, од када (дан-месец-година)						
10.4.2. Unemployment Из осигурања за случај незапослености	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">yes /да ☐ no /не ☐</td> <td style="width: 50%;">If yes, since when? (dd-mm-yy) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ако да, од када (дан-месец-година)</td> </tr> </table>	yes /да ☐ no /не ☐	If yes, since when? (dd-mm-yy) _____		Ако да, од када (дан-месец-година)		
yes /да ☐ no /не ☐	If yes, since when? (dd-mm-yy) _____						
	Ако да, од када (дан-месец-година)						

10.5. Where and when did you work or perform self-employment activity in the Republic of Serbia?
Где и када сте били запослени, односно обављали самосталну делатност у Републици Србији?

Place of work Место запослења	Name and address of employer (for self – employed: type of business) Назив и адреса послодавца (за осигуранике самосталних делатности: врста делатности)	from to (dd-mm-yy) (dd-mm-yy) од до (дан-месец-година)

10.6. If you wish to have your payment directly deposited into your bank account, please indicate the name and address of the bank, your bank account number and instructions of payment:

За исплату Ваше пензије на банковни рачун, наведите назив и адресу банке, број Вашег рачуна и инструкције за плаћање:

Документа која се прилажу:

3

5

9

5

9

5

7

7

5

3

9

9

5

5

1

Остала документа:

Број приложених докумената _____

Број приложених докумената

**Ову колону попуњава
надлежни носилац**

Notes/ Напомене:

Signature and Stamp
Потпис и печат:

Notes:

Посебне напомене:

12. The undersigned claims that the answers to the questions are complete and true

Потписани тврди да је потпуно и тачно одговорио на питања

Date of submitting the claim
(dd-mm-yy)

Датум подношења захтева
(дан-месец-година)

Signature of applicant (family name and name)

Потпис подносиоца захтева (име и презиме)

Signature of representative (family name and name)

Потпис заступника (име и презиме)



Enclose proof of representation

Приложити доказ о заступању

Address of representative
Адреса заступника

13. The competent institution in Canada confirms the validity of the enclosed documents

Надлежни носилац у Канади потврђује веродостојност приложене документације

Date of receipt of the application

Датум пријема овог захтева

(dd-mm-yy)/(дан-месец-година)

Name

Назив

Address

Адреса

Date

Датум

Stamp and Signature of the authorized person

Печат и Потпис овлашћеног лица

(dd-mm-yy)/(дан-месец-година)

INSTRUCTIONS

If you reside in Canada and wish to apply for a Serbian invalidity pension you must complete this form. Please read the form carefully and follow the instructions that are given for each question. In order to process your application as quickly as possible, the Republic Fund for Pension and Invalidity Insurance (web address: www.pio.rs) needs to have all the information required in the form. The more accurate the form is, the better we can serve you.

Please print

Regarding the questions with multiple answers, please mark your answer with ☒

Question 1.

Indicate the Serbian Citizen's Registration Number of the applicant, that consists of thirteen characters. It can be found on the personal card, passport and birth certificate. The Republic Fund for Pension and Invalidity Insurance will be able to identify all data about your insurance through this number, so it is very important to fully indicate it accurately.

Question 2.

If you don't have Serbian Citizen's Registration Number (Question 1.), you must indicate the personal number of the insured person in the Republic of Serbia /applicant. Personal Number consists of ten characters and it is located at the beginning of your work book.

Question 3.

Indicate the Canadian Social Insurance Number of the applicant.

Question 4.

Competent Institution in the Republic of Serbia.

The answer to this question will determine the territorial jurisdiction of the Institution in the Republic of Serbia that will deal with this claim. It will be either the Main office in Belgrade or in Novi Sad depending on which area the deceased insured person/beneficiary have completed the last period of insurance.

If the seat of the employer where you have completed the last period of insurance is in the area of the branch in Autonomous Province of Vojvodina, enter ☒ next to the address of Republic Fund for Pension and Invalidity insurance, Main office of Province fund in Novi Sad.

If the seat of the employer where you have completed the last period of insurance is in the area of the branch outside Autonomous Province of Vojvodina, enter ☒ next to the address of Republic Fund for Pension and Invalidity insurance, Main office in Belgrade.

Question 5.

Enter the name in full (given name and family name) as well as the family name at birth (if it is different). The family name at birth is required for correct identification if it has been changed by marriage or other reasons.

Specify the correct period of military service in the Republic of Serbia (Yugoslavia).

Provide a photocopy of military evidence or military departments certificate that proves this information.

We need information on the period of military service to avoid the overlapping of the periods of insurance and the periods of military service.

Question 6.

If applicant is under guardianship, enter family name, name and address of guardian.

Proof of guardianship is mandatory.

Question 7.

If you were employed or performed self-employment activity in a third state, other than Canada and the Republic of Serbia, enter ☒ in the appropriate box and specify the names of these states. Enclose proof of employment or performing self-employment activity in a third state, if possible.

Question 8.

Write your occupation

Question 9.

Information about changes in the medical condition

Mark with ☒ the causes of changes in your health, describe the resulting change and indicate the date of that change.

Make sure to attach medical documentation, all reports of doctors, a list of redundancy or other documents about your health condition that might help in determining the full loss of working capacity.

All medical documentation, reports, redundancy list and other documents about your health condition should be originals or certified copies.

Question 10.

Please answer all the questions in this section.

If you are receiving a pension under the Old Age Security Act or the Canada Pension Plan, enter ☒ in the appropriate box and specify the date when you became a beneficiary (questions 10.2.)

Under 10.3. specify date since when your insurance based on employment or self-employment terminated in Canada.

Under 10.4. enter ☒ whether you are beneficiary in the Republic of Serbia from the pension and invalidity insurance (Old age, Invalidity or Survivors' pension) or in case of unemployment insurance (unemployment benefits). If yes, specify the date since use the rights.

Under 10.5. indicate the full name and address of the employer where you were employed or performed self-employment activity in the Republic of Serbia in the appropriate column. Also, indicate in the third column the day, month and year of your employment or self-employment in the Republic of Serbia.

Enclose proof of that employment or self-employment, if possible.

If you enclosed a photocopy of work book with all periods of your employment or performing self-employment activity, it is not necessary to enclose an individual proof about that.

Under 10.6. enter name and address of your bank, your bank account number and instructions of payment if you wish to have your payments directly deposited.

Question 11.

Please mark and enumerate the documents that you are enclosing with this claim.

If you don't have the work book, you need to attach a statement about that.

If you have documents that are relevant and will help in making a decision, please attach them and indicate them under «other documents». If the space is not sufficient, use a separate sheet and attach it with this claim.

After marking the attached documents, enter their total number in the appropriate place.

Do not complete the shaded part, it is to be completed by the Canadian Competent Institution.

Question 12.

Indicate the date of claim and sign.

By signing, you attest to the truth of the information given in the claim.

If you submit this claim as representative you need to specify your address and attach the proof of representation.

Question 13.

For the use of the competent institution in Canada only.

УПУТСТВО:

Уколико живите у Канади и желите да остварите право на инвалидску пензију у Републици Србији потребно је да попуните овај захтев.

Пре попуњавања, потребно је да захтев у целости прочитате и да поступате према конкретним упутствима за сва питања. У обостраном је интересу да захтев попуните потпуно и тачно, што ће допринети бржем и ефикаснијем одлучивању о вашем захтеву од стране Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање (интернет адреса: www.pio.rs).

Молимо Вас да приликом попуњавања овог захтева пишете читко.

На питања за која је понуђено више одговора, ваш одговор означите са ☒

Рубрика 1.

Упишите јединствени матични број грађана - ЈМБГ подносиоца захтева, који се састоји од тринаест цифара. Тај број уписан је у личној карти, пасошу и изводу из матичне књиге рођених. Помоћу тог броја се у Републичком фонду за пензијско и инвалидско осигурање идентификују сви подаци о вашем осигурању, те је веома битно да тај податак упишете потпуно и тачно.

Рубрика 2.

Уколико не поседујете ЈМБГ (рубрика 1.) потребно је да упишете лични број осигураника - подносиоца захтева. Лични број се састоји од десет цифара и уписан је одмах на почетку ваше радне књижице.

Рубрика 3.

Упишите број канадског социјалног осигурања подносиоца захтева.

Рубрика 4.

Надлежни носилац осигурања у Републици Србији

Одговор на ово питање одредиће месну надлежност носиоца осигурања у Републици Србији који ће решавати о овом захтеву. Да ли ће то бити Дирекција Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање са седиштем у Београду или Дирекција Покрајинског фонда са седиштем у Новом Саду, зависи од тога на подручју које филијале Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање сте остварили последњи период осигурања у Републици Србији.

Уколико сте последњи период осигурања остварили код послодавца чије је седиште на подручју неке од филијала у АП Војводина онда ћете крстић уписати поред адресе Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, Дирекција Покрајинског фонда Нови Сад.

У свим осталим случајевима где је седиште послодавца код кога сте остварили последњи период осигурања ван подручја АП Војводине, крстић ћете уписати поред адресе Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, Дирекција Београд.

Рубрика 5.

Наведите презиме и пуно име, као и презиме на рођењу (уколико је промењено). Презиме на рођењу мора се навести ради исправне идентификације уколико је у међувремену промењено приликом ступања у брак или из неког другог разлога.

Наведите тачан период од када до када сте служили војни рок у Републици Србији (Југославија). Доставите фотокопију војне књижице или уверење војног одсека, из кога се види тај податак. Податак о служењу војног рока нам је потребан да би се избегло поклапање Ваших периода осигурања са периодом када сте служили војни рок.

Приликом уписивања адресе, навести поштански број, место, улицу, број и државу вашег пребивалишта.

Рубрика 6.

Уколико је подносилац захтева под старатељством, наведите презиме, име старатеља и његову адресу. Обавезно приложите писмени доказ о старатељству.

Рубрика 7.

Уколико сте били запослени или обављали самосталну делатност у трећој држави, која није Република Србија и Канада, упишите крстић у одговарајући квадратић и наведите назив те државе. Уколико сте радили у више држава, наведите називе тих држава.

Приложите писмени доказ о запослењу или обављању самосталне делатности у трећој држави, уколико њиме располажете.

Рубрика 8.

Упишите Ваше занимање.

Рубрика 9.

Подаци о променама здравственог стања

Крстићем означите који је узрок промене Вашег здравственог стања, опишите насталу промену и наведите датум од када постоји промена.

Уз овај захтев обавезно приложите медицинску документацију, све извештаје лекара, отпусне листе или друга документа о Вашем здравственом стању која су, по Вашој процени, од утицаја да се утврди потпуни губитак радне способности. Сва медицинска документација, извештаји лекара, отпусне листе и друга документа о Вашем здравственом стању подносе се у оригиналу или у овереним фотокопијама.

Рубрика 10.

У рубрици "Општи подаци" треба одговорити на сва постављена питања.

Уколико сте корисник пензије из Канаде на основу Закона о осигурању за случај старости или на основу Канадског пензијског плана упишите крстић у одговарајући квадратић и наведите датум од када сте корисник тог давања (питање 10.2.).

Под 10.3. упишите тачан датум од када вам је престало осигурање по основу осигурања или обављања самосталне делатности у Канади.

Под 10.4. крстићем означите да ли сте корисник права на давање у Републици Србији из пензијског и инвалидског осигурања (старосна, инвалидска или породична пензија) или из осигурања за случај незапослености (накнада за случај незапослености). Ако јесте, наведите датум од када сте корисник тог права.

Под 10.5, у датој табели, у одговарајућој колони упишите, место, назив и адресу послодавца код кога сте били запослени, односно самосталну делатност у Републици Србији. У трећој колони упишите дан, месец и годину од када до када сте били запослени, односно обављали самосталну делатност у Републици Србији. Приложите писмени доказ о том запослењу или обављању самосталне делатности, уколико њиме располажете. Уколико сте приложили копију радне књижице у коју су уписани сви периоди Вашег запослења, односно обављања самосталне делатности, није потребно прилагати појединачне писмене доказе о томе.

Под 10.6, у вези са исплатом пензије уплатом на банковни рачун, упишите назив и адресу банке, број Вашег рачуна и инструкције за плаћање које ћете добити у Вашој банци, како би Вам се пензија исплаћивала директно на рачун.

Рубрика 11.

Ово питање односи се на означавање и навођење докумената која прилажете уз овај захтев. У зависности од документа који прилажете упишите крстић у одговарајући квадратић.

Уколико не поседујете радну књижицу потребно је да приложите изјаву о томе.

За случај да поред наведених докумената, поседујете и друга документа за која сматрате да су од утицаја да се о Вашем захтеву потпуно и правилно одлучи, приложите их и упишите у рубрици "Остала документа". Ако предвиђени простор није довољан, то учините на посебном папиру и приложите га уз овај захтев.

Након означавања приложених докумената, на предвиђеном месту упишите њихов укупан број.

Не попуњавати осенчени део, јер њега попуњава и оверава надлежни канадски носилац.

Рубрика 12.

Упишите датум подношења захтева и потпишите се на одговарајућем месту.

Потписивањем овог захтева одговорни сте за истинитост података које сте у њему навели.

Уколико овај захтев подносите у својству заступника потребно је да наведете Вашу адресу и да приложите доказ о заступању.

Рубрика 13.

Попуњава и оверава надлежни канадски носилац.

Canada/Serbia Agreement

Documents and/or information required to support your application CAN/SRB 3 for a Serbian invalidity pension

Complete the attached forms:

- **Medical Report [CAN/SRB 3A]** completed by a physician

Originals or certified copies to be submitted:

- Your birth certificate
- Your Serbian Personal Card
- Identification page of your current passport
- Your Serbian workbook (if your workbook is not available, please provide a statement of explanation)
- Certificates supporting your periods of insurance in the Republic of Serbia
- Proof of cessation of work or self-employment activity, if applicable
- A medical certificate
- Your medical documentation
- Military evidence or military departments certificate, if applicable
- Proof of receiving compensation from the National employment service, if applicable
- Proof of employment or self-employment in a third state, if applicable
- Reports of work injury if you suffered injury at work
- Proof of guardianship, if applicable
- Death certificate, if applicable

IMPORTANT: If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.

**SOCIAL SECURITY AGREEMENT BETWEEN THE REPUBLIC OF SERBIA AND
CANADA
СПОРАЗУМ
ИЗМЕЂУ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ И КАНАДЕ О СОЦИЈАЛНОЈ СИГУРНОСТИ**

**MEDICAL REPORT
ЛЕКАРСКИ ИЗВЕШТАЈ**

Canadian Social Insurance Number
Канадски број социјалног осигурања

Serbian Citizen's Registration Number
ЈМБГ (јединствени матични број грађана)

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

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

Personal number of the insured person (from work book)
Лични број осигураника (из радне књижице)

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

**1. General information
Општи подаци**

1.1. Competent Institution in the Republic of Serbia Надлежни носилац пензијског и инвалидског осигурања у Републици Србији	
1.1.1. Name Назив	
1.1.2. Address Адреса	
1.1.3. File number Број предмета	

1.2. Examined person Прегледано лице								
1.2.1. Family name Презиме	Name Име	Family name at birth Презиме по рођењу						
1.2.2. Date of birth Датум рођења		Place of birth Место рођења						
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>day дан</td><td>month месец</td><td>year година</td></tr></table>					day дан	month месец	year година	
day дан	month месец	year година						

Citizenship Држављанство _____		Sex/Пол ☐ male/мушки ☐ female/женски	
1.2.3. Address (No. and street, Apt. No., city or town, village, country): Адреса (поштански број, место, улица, број и држава): _____			
1.3. Competent Institution in Canada Надлежни носилац пензијског осигурања у Канади			
1.3.1. Name Назив _____			
1.3.2. Address Адреса _____			
1.3.3. Stamp Печат _____ (dd-mm-yy)		Date Датум _____	
		Signature of authorized person Потпис овлашћеног лица _____	

1.4. Medical report completed by physician Лекарски извештај који је сачинио лекар	
1.4.1. Family name Презиме _____	Name Име _____
1.4.2. Address (No. and street, Apt. No., city or town, village, country): Адреса (поштански број, место, улица, број и држава): _____	
1.4.3. Family doctor Изабрани лекар _____	

2. Anamnesis (to be completed by physician)
Анамнеза (попуњава лекар)

2.1. Report is based on the direct examination from Извештај се заснива на непосредном прегледу од _____	(Date) (Датум)
2.2. Report is based on the medical findings Извештај се заснива на медицинским налазима _____	(Date) (Датум)
2.3. Medical history Историјат болести	
2.3.1. Family anamnesis Породична анамнеза _____	

2.3.2. Personal anamnesis Лична анамнеза
2.3.3. Current diseases and problems of the patient Садашња обољења и тегобе пацијента Nicotine? ☐ no/не ☐ yes/да Никотин? Alcohol? ☐ no/не ☐ yes/да Алкохол?
2.3.4. Current doctor Тренутно ординирајући лекар
2.3.5. The current treatment Садашњи третман
2.4. Work and social anamnesis Радна и социјална анамнеза
2.4.1. Profession, mainly undertaken activity Занимање, претежно обављана делатност
2.4.2. Do you currently work and receive earnings? Да ли тренутно радите и примате зараду? ☐ no/не ☐ yes/да Number of working hours per day Број радних сати дневно Type of the current activity Врста садашње делатности

Is it harmful to health? У датом случају: да ли је тај посао штетан по здравље?	- by type -у погледу врсте ☐ no/не ☐ yes/да - by time -у погледу времена ☐ no/не ☐ yes/да
2.4.3. Work injuries / occupational diseases Повреде на раду/професионалне болести 	
2.4.4. Type of last activity Врста последње делатности 	
2.4.5. Incapable of work Радно неспособан ☐ from (date): почев од (датум): _____ Cessation of work ☐ date: Престанак рада ☐ дана (датум): _____	

3. Medical report

Лекарски извештај

3.1. General condition (mark applicable description with ☒) Опште стање (одговарајуће означити са ☒)				
1) Height without shoes _____ cm Висина без ципела				
2) Weight _____ kg Тежина	☐ fully clothed обучен	☐ half-clothed полуобучен	☐ unclothed без одеће	
3) General condition: Опште стање:	☐ good добро	☐ somewhat enervated умерено истрошен	☐ sickly болешљив	☐ weak слаб
4) Body form: Облик тела:	☐ average неупадљив	☐ athletic атлетски	☐ obese дебео	☐ lean мршав
5) Musculature: Мускулатура:	☐ average нормална	☐ strong снажна	☐ weak слаба	
6) Alimentation: Ухрањеност:	☐ good добра	☐ excessive прекомерна	☐ reduced смањена	☐ poor лоша
7) Impression of age Утисак о старосном добу	☐ corresponds to actual age одговара старосном добу ☐ prematurely aged превремена остарио ☐ very prematurely aged јачо превремена остарио			
Complexion: Боја лица:	☐ healthy здрава	☐ reddish-blue плаво-црвенкаста	☐ sallow жућкаста	☐ pale бледа
1) Lips: Усне:	☐ normal / well vascularized добро прокрвљене	☐ cyanotic цијанотичн	☐ pale бледе	
2) Skin: Кожа:	☐ average неупадљива	☐ wrinkled наборана	☐ moist влажна	☐ with rash /eruptions са осипом

3) Palms: Дланови:	☐ soft мекани	☐ fresh calluses свежи жуљеви	☐ rough храпави	☐ moist влажни
4) Movement: Покрети:	☐ normal неупадљиви	☐ stiff крути	☐ slow успорени	☐ unsteady без снаге
5) Posture: Држање:	☐ upright усправно	☐ stiff укочено	☐ stooped повијено	☐ limp млитаво
6) Gait: Ход:	☐ average неупадљив	☐ sluggish тром	☐ impeded (right side) ометан (десно)	☐ impeded (left side) ометан (лево)

3.2. Head
Глава

3.3. Sense of sight
Вид

3.4. Sense of hearing
Слух

3.5. Other sensory organs
Други чулни органи

3.6. Throat (from outside)
Грло (споља)

3.6.1. Thyroid gland
Штитна жлезда

3.6.2. Lymph nodes
Лимфни чворови

3.6.3. Other
Остало

3.7. Respiratory organs
Дисајни органи

3.8. Blood stream organs

Органи крвотока

Examination of heart and blood stream function Испитивање функције срца и крвотока	Blood pressure Крви притисак (PP)	Number of breath in and breath out per minute Број удисаја и издисаја у минути	Pulse per minute Пулс у минути
-after a long rest након дужег мировања			
-after a crouch in ____ seconds након чучња од ____ секунди			
-at once одмах			
- after 2 minutes након 2 минута			
- after 4 minutes након 4 минута			
- after 6 minutes након 6 минута			
- Other rhythm disturbances after the load Остале сметње ритма након оптерећења _____			
-Special comments: Посебне примедбе: _____			
- Is there any breathing difficulty? ☐ no/не ☐ yes/да Да ли постоје сметње дисања? If yes, how long? _____ Ако да, колико дуго?			
- Extrasystoles? Екстрасистоле? ☐ no/не ☐ yes/да - If there are extrasystole in idle, are they frequent? ☐ no/не ☐ yes/да Ако постоје екстрасистоле већ у мировању, да ли су чешће? rear? ☐ no/не ☐ yes/да ређе? or completely stops? ☐ no/не ☐ yes/да или потпуно престају?			
Enclose electrocardiogram, heart ultrasound, test load, oscillogram or x-ray findings Приложити електрокардиограм, ултразвук срца, тест оптерећења, осцилограм одн. рентгенски налаз			

3.16. Central nervous system

Централни нервни систем

Locomotion device (tonicity and muscle trophic): ☐ average ☐ stiff ☐ slow ☐ weak
Локомоторни апарат (тонус и трофика мишића): неупадљиви крути успорени немоћни

Walk: ☐ average ☐ hard ☐ difficult on the right side ☐ difficult on the left side
Ход: неупадљив тежак ометан (десно) ометан (лево)

Reflex Condition:

Стање рефлекса:

Psyche:

Психа:

Enclose electro diagnosis or electroencephalogram**Приложити електродијагнозу или налазе електроенцефалограма****3.17. Psychovegetative symptomatic**

Психовегетативна симптоматика:

3.18. Other (allergies among others)

Остало (пored осталог и алергије)

Enclose laboratory findings, x-ray findings, functional testing etc.**Приложити лабораторијске налазе, рентгенске налазе, налазе функционалног испитивања итд.****4. Function testing and other specialist examinations (if necessary)****Испитивање функција и други прегледи специјалиста (ако је потребно)****4.1. Lung function**

Функција плућа

4.2. The function of the heart and blood vessels/ ECG under loads Функција срца и крвних судова/ЕКГ под оптерећењем
4.3. Ultrasound - Doppler sonography (heart and blood vessels) Ултразвук – доплер сонографија (срце и крвни судови)
4.4. Procedure with the x rays (with information about the date) Поступак са снимцима (са податком о датуму)
4.4.1. X-ray findings Рендгенски налаз
4.4.2. The results of the previous examination, the findings of other doctors Резултати претходних прегледа, налази других лекара
4.4.3. Sonography (abdomen among others) Сонографија (пored осталог и абдомен)
4.4.4. Nuclear sprintomografija and other specialist examinations Нуклеарна спринтомографија и други прегледи специјалиста
4.5. Laboratory findings Лабораторијски налази

4.6. Other medical examinations Остали прегледи

5. Diagnosis
Дијагноза

5.1. Diagnosis - first specify the main disease, then the secondary disease Дијагноза – На првом месту навести главну болест, а на другом најважнију споредну болест
5.2. Are further medical investigations necessary for final opinion? ☐ no/не ☐ yes/да Да ли је за доношење оцене потребан још неки преглед? If yes, in which institution and which medical specialty? Ако да, у којој установи и за коју медицинску специјалност?
5.3. Final opinion Коначни налаз
5.4. The course of a disease Ток болести
5.5. Body injuries Телесне повреде

5.6. Function restrictions
Ограничења функција

5.7. In relation to the previous examination (date _____)
У односу на претходни преглед (дана _____)

- ☐ health conditions are improved ☐ health conditions is worse ☐ no changes
стање се побољшало стање се погоршало није се променило

6. Opinion about capacity for work
Оцена радне способности

6.1. Is there a full incapacity for work? ☐ yes/постоји ☐ no/не постоји
Да ли постоји потпуни губитак радне способности?

6.2. Date of disability
Датум настанка инвалидности: _____

- 6.3. Cause of disability** ☐ disease ☐ work injuries
Узрок инвалидности: болест повреда на раду
- ☐ injuries outside of work ☐ occupational disease
повреда ван рада професионално обољење

6.4. If there is more than one cause of disability, for each of them enter participation in percentage
Уколико има више узрока настанка инвалидности навести учешће сваког у процентима

disease: _____%; work injury: _____%;
болест: повреда на раду:

injury outside of work: _____%; occupational disease: _____%;
повреда ван рада: професионално обољење:

7. In the case of obtaining the invalidity pension is control examination required? ☐ no/не ☐ yes/да
Да ли је у случају одобрења пензије потребан контролни преглед?

If yes, when? _____
Ако јесте, када?

8. Enclose the available medical documentation
Обавезно приложити расположиву медицинску документацију

The number of enclosed documents: _____
Број приложених докумената:

9. Other Comments
Остале примедбе:

Please do not give any information to the insured person about the prospect of the success of his request.
Молимо вас да осигуранику не дајете никакве податке о изгледима на успех његовог захтева.

Place and date of medical report Место и датум издавања лекарског извештаја	Stamp Печат	Signature of physician Потпис вештака