

Canada/Serbia Agreement

Applying for a Serbian survivor's 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.

1. Serbian Citizen's Registration Number ЈМБГ (јединствени матични број грађана)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																		
2. Personal number of insured person (from work book) Лични број осигураника (из радне књижице)	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																		
3. Canadian Social Insurance Number Канадски број социјалног осигурања	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																		
4. Competent Institution in the Republic of Serbia to which you are submitting the claim Надлежни носилац осигурања у Републици Србији коме се захтев подноси																			
☐ REPUBLIČKI FOND ZA PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE, DIREKCIJA BEOGRAD Dr Aleksandra Kostića broj 9, 11000 Beograd Republika Srbija	☐ REPUBLIČKI FOND ZA PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE, DIREKCIJA POKRAJINSKOG FONDA NOVI SAD Žitni trg broj 3, 21000 Novi Sad Republika Srbija																		

5. Personal information about the deceased insured person/beneficiary Лични подаци о умрлом осигуранику/кориснику	
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	Citizenship Држављанство
Sex/пол: ☐ male/ мушки ☐ female/ женски	Date of death (dd-mm-yy) Датум смрти (дан-месец-година)
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):

For deceased persons under guardianship please enter family name, name and address of guardian (No. and street, Apt. No., city or town, village, country):

За умрлог који је био под старатељством навести презиме, име и адресу старатеља (поштански број, место, улица, број и држава):

6. Personal information about the surviving spouse →

Лични подаци о удови/удовцу

Enclose marriage certificate or proof of common law marriage

Приложите извод из матичне књиге венчаних, односно доказ о ванбрачној заједници

6.1. Family name

Презиме

Sex/пол:

☐

male/ мушки

☐

female/ женски

6.2. Name

Име

6.3. Date and place of birth

Датум и место рођења

6.4. Date of marriage, or common law marriage (dd-mm-yy)

Датум венчања, односно заснивања ванбрачне заједнице (дан, месец, година)

6.5. Citizenship

Држављанство

6.6. Address (No. and street, Apt. No., city or town, village, country)

Адреса (поштански број, место, улица, број и држава)

7. Personal information about children of deceased insured person/beneficiary (legitimate, illegitimate, adopted, step - children) Лични подаци о деци умрлог осигураника/корисника (брачна, ванбрачна, усвојена, пасторчад)				
7.1. Personal information about children under the age of 15 for whom a pension is requested Лични подаци о деци млађој од 15 година за коју се тражи породична пензија *				
Family name	Given name	Date of birth (dd-mm-yy)	Пол/sex:	
Презиме	Име	Датум рођења (дан, месец, година)	male/ мушки	female/ женски
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
* Enclose birth certificate Приложите извод из матичне књиге рођених				
7.2. Personal information about children between age 15 and 26 who are attending school or who are in an apprenticeship Лични подаци о деци од 15 до 26 година која се школују или су на учењу заната *				
Family name	Given name	Date of birth (dd-mm-yy)	Пол/sex:	
Презиме	Име	Датум рођења (дан, месец, година)	male/ мушки	female/ женски
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
* Enclose birth certificate and proof of schooling / apprenticeship Приложите извод из матичне књиге рођених и доказ о школовању/учењу заната				

7.3. Personal information about disabled children over the age of 15
Лични подаци о деци старијој од 15 година код којих је утврђена инвалидност*

Family name	Given name	Date of birth (dd-mm-yy)	Пол/sex:	
Презиме	Име	Датум рођења (дан, месец, година)	male/ мушки	female/ женски
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐

* Enclose birth certificate and proof of disability
Приложите извод из матичне књиге рођених и доказ о инвалидности

7.4. Are there any children under guardianship?
Да ли има деце под старатељством ?

☐ yes/да ☐ no/ne

7.5. If yes, enter the name and address of guardian
Ако има, навести презиме, име и адресу старатеља

7.6. Name and address of guardianship institution and name of guardian
Назив и адреса старатељске установе и презиме и име старатеља

8. Personal information about parents of deceased insured person/ beneficiary who were supported by him/her until the death and who have become completely incapable of work (father, mother, step – father, step -mother and adopters)

Лични подаци о родитељима (отац и мајка, очух и маћеха и усвојиоци) умрлог осигураника / корисника које је он издржавао до своје смрти и који су постали потпуно неспособни за рад*

Family name	Given name	Date of birth (dd-mm-yy)	Fully incapable for work	Пол/sex:
Презиме	Име	Датум рођења (дан, месец, година)	Потпуно неспособан/на за рад	male/ мушки female/ женски
_____			☐	☐
_____			☐	☐

* Enclose birth certificate, proof of support and medical documentation

Приложите извод из матичне књиге рођених, доказ о издржавању и медицинску документацију

9. Particular information about the divorced spouse or ex-common law partner

Посебни подаци о разведеном супружнику односно бившем ванбрачном партнеру

Question for a divorced spouse or ex common law partner

На ово питање треба да одговори разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер

Was your ex-spouse or ex-common law partner obliged to pay the alimony?

Да ли је бивши супружник, односно бивши ванбрачни партнер пресудом био обавезан да плаћа издржавање (алиментацију)?*

☐ yes/ да

☐ no/ не

* If yes, enclose court decision that establishes the support obligation

Ако да, приложити одлуку којом је утврђена обавеза плаћања издржавања

10.	Supplementary information about widow/widower or divorced spouse, or ex-common law partner Додатни подаци о удови/удовцу или разведеном супружнику, односно бившем ванбрачном партнеру
10.1.	Is the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner under guardianship? Да ли је удова/удовац или разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер под старатељством? ☐ yes/да ☐ no/ne If yes, enter the name and address of guardian Ако да, наведите презиме и име и адресу старатеља
10.2.	Is the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner an employed or a self-employed person? Да ли је удова/удовац или разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер запослен или обавља самосталну делатност? ☐ yes/да ☐ no/ne If not, enter the date of cessation of employment or self-employment Ако није, наведите датум престанка запослења, односно обављања самосталне делатности
10.3.	Is the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner receiving his/her own pension? Да ли је удова/удовац или разведени супружник односно бивши ванбрачни партнер корисник личне пензије? * ☐ yes/да ☐ no/ne * If yes, enclose a copy of decision Ако да, приложите копију решења
10.4.	Is the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner fully incapable of work? Да ли је удова/удовац или разведени супружник односно бивши ванбрачни партнер потпуно неспособан за рад? * ☐ yes/да ☐ no/ne * If yes, enclose medical documentation Ако да, приложите медицинску документацију

11. General information about deceased insured person/beneficiary Општи подаци о умрлом осигуранику/кориснику		
11.1. Did the deceased person receive a benefit from the Serbian pension and invalidity insurance or apply for such benefit? Да ли је умрли корисник давања из пензијског и инвалидског осигурања Републике Србије или је поднео захтев за давање? ☐ yes/да ☐ no/ne If yes, since when? Ако да, од када? _____		
11.2. Where and in which period was the deceased insured person/beneficiary employed or self-employed in the Republic of Serbia? Где и у ком периоду је умрли осигураник био запослен, односно обављао 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)
11.3. Was the death of the insured person caused by an accident? Да ли је смрт осигураника проузрокована несрећом? ☐ yes/да ☐ no/ne Was the accident caused by a third person? Да ли је несрећу проузроковало треће лице? ☐ yes/да ☐ no/ne If yes, enter the full name and address of the person who caused the accident: Ако јесте, унесите презиме, име и адресу лица које је проузроковало несрећу: _____ _____		

- 11.4.** 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:

12. Enclosed documents:
Документа која се прилажу:

1. photocopy of personal card/ фотокопија личне карте ☐
2. birth certificate (for insured person without personal card issued in the Republic of Serbia)/ извод из матичне књиге рођених (за осигуранике који не поседују личну карту издату у Републици Србији) ☐
3. photocopy of passport (personal information)/фотокопија пасоша (лични подаци) ☐
4. notarized photocopy of work book/оверена фотокопија радне књижице* ☐
5. all certificates on periods of insurance in the Republic of Serbia / сви докази о периодима осигурања у Републици Србији
6. proof of cessation of work or self-employment activity/ доказ о престанку радног односа, односно обављања самосталне делатности ☐
7. photocopy of military evidence or military departments certificate/ фотокопија војне књижице или уверење војног одсека ☐
8. proof of receiving the compensation from the National Employment Service (decision, certificate)/ доказ о коришћењу права код Националне службе за запошљавање (решење, уверење)
9. proof of employment or self-employment in a third state/ доказ о запослењу или обављању самосталне делатности у трећој држави ☐
10. marriage certificate, proof of common law marriage / извод из матичне књиге венчаних, доказ о постојању ванбрачне заједнице ☐
11. proof of guardianship/доказ о старатељству ☐
12. proof of schooling- apprenticeship / доказ о школовању-учењу заната ☐
13. proof of supporting /доказ о издржавању ☐

For use by competent institution only
Ову колону попуњава надлежни носилац

Notes/Напомене:

14. divorce verdict, decision on ending the
common law marriage /одлука о разводу брака,
односно о престанку ванбрачне заједнице

☐

15. photocopy of decision for widow/widower or divorced spouse
or ex-common law partner that is receiving her/his own pension/
копија решења удове/удовца или разведеног супружника,
односно бившег ванбрачног пратнера који је корисник личне пензије

☐

16. medical documentation /медицинска документација

☐

on the termination of cohabitation

* If work book is not available, please attach a statement

* У случају непоседовања радне књижице приложити изјаву о томе

☐

Other documents:

Остала документа:

1) _____

2) _____

3) _____

Number of enclosed documents

Број приложених докумената _____

Note:

Посебне напомене:

Signature and Stamp

Потпис и печат:

13. 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-месећ-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

14. 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 claim
Датум пријема овог захтева
(dd-mm-yy)/(дан-месећ-година)

Name
Назив

Address
Адреса

Date
Датум

Stamp and signature of the authorized person
Печат и потпис овлашћеног лица

(dd-mm-yy)/(дан-месећ-година)

INSTRUCTIONS

If you reside in Canada and wish to apply for a Serbian survivor's 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 deceased insured person/ beneficiary, 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 a 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 deceased insured person/beneficiary.

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 the deceased insured person/beneficiary 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 the deceased insured person/beneficiary 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) of the insured person/ beneficiary. The family name at birth is required for correct identification if it has been changed by marriage or other reasons .

Indicate the exact date of death of the insured person/ beneficiary.

When providing address specify (No. and street, Apt. No., city or town, village, country)

Specify the correct period of military service in the Republic of Serbia (Yugoslavia) of the deceased insured person/ beneficiary.

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.

In column for persons under guardianship please enter family name, name and address of guardian - postal code, city, street, number and state.

Question 6.

To be completed by surviving spouse only.

Enter your name and family name, date and place of birth, and day, month and year of marriage or common law marriage with insured person/ beneficiary, nationality and address.
Attach marriage certificate, as a proof of marriage or decision on common law marriage as proof common law marriage.

Question 7.

To be completed only if the claim is submitted for children of deceased insured person/ beneficiary.
This part is completed by a parent, or a child representative or a child of deceased insured person/ beneficiary if he/she is over the age of 18.

Enter name and family name, day, month and year of child's birth, and enter ☐ in the appropriate box depending on the child's sex and in appropriate column depending on the child's years.

You need to attach a proof that the child over the age of 15 is attending school or a faculty.

For disabled child, over the age of 15, provide the proof of disability.

It is necessary to provide the birth certificate for all children.

Under 7.4. enter ☐ in the appropriate box if there are children under the trust and on the appropriate line, enter the family name and the name for that children.

If the answer to 7.4. is yes, indicate family name, name and address of guardian, name and address of guardianship institution and name of guardian under 7.5 and 7.6.

Question 8.

To be completed by the parents of deceased insured person/ beneficiary only.

Indicate the names and family names, dates of birth of the parents of the deceased insured person/beneficiary who were supported by him/her until the death, or who have become fully incapable of work.

Enter ☐ in the appropriate box depending on whether the parents were fully incapable of work on the day of deceased insured person/ beneficiary death and depending on the sex of the parents.

Enclose a birth certificate, proof of supporting by which supporting obligation was established and medical documentation that confirms the full incapacity for work of parents.

Question 9.

To be completed by divorced spouse or ex-common law partner only.

Enter ☐ in the appropriate box depending on whether the divorced spouse or deceased insured person/ beneficiary was obliged to pay alimony.

Enclose court decision that establishes support obligation.

Question 10.

Under 10.1. enter ☐ in the appropriate box depending on whether the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner of deceased insured person/ beneficiary is under guardianship. If yes, enter name and family name and address of guardian.

Under 10.2. enter ☐ in the appropriate box depending on whether the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner of deceased insured person/ beneficiary is employed or self-employed.

If no, enter the date (day, month and year) cessation of employment or self-employment.

Under 10.3. enter ☐ in the appropriate box depending on whether the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner of deceased insured person/ beneficiary is receiving her/his own pension.

If yes, enclose copy of decision by which is established the right on the pension.

Under 10.4. enter ☐ in the appropriate box depending on whether the widow/widower or divorced spouse or ex-common law partner of deceased insured person/ beneficiary is fully incapable for work.

If yes, enclose medical documentation which confirms fully incapable for work.

Question 11.

Under 11.1. enter ☐ in the appropriate box depending on whether the deceased was receiving benefit from the Serbian pension and invalidity insurance or has submitted the claim for such benefit. If yes, on the appropriate line enter since when.

Under 11.2. on appropriate place enter, place where deceased insured person/ beneficiary was employed or self-employed in Republic of Serbia, in next column enter name and address of employer where deceased insured person/ beneficiary was employed or performed self-employment activities and type of that activity. In last column enter the date (day, month and year) of period (from – to) when deceased insured person/ beneficiary was employed or self-employed in Republic of Serbia.

Under 11.3. enter ☐ in the appropriate box depending on whether death of deceased insured person/beneficiary was caused by an accident, whether accident was caused by third person or not. If yes, enter name and address of that person.

Under 11.4. 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 12.

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 13.

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 14.

For the use of the competent institution in Canada only.

УПУТСТВО:

Уколико живите у Канади и желите да остварите право на породичну 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 умрлог осигураника/корисника, 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 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 умрлог осигураника/корисника. Лични број се састоји од десет цифара и уписан је одмах на почетку у радној књижици.

Рубрика 3.

Упишите број канадског социјалног осигурања умрлог осигураника/корисника.

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 је умрли осигураник/корисник остварио последњи период осигурања у Републици Србији.

Уколико је умрли осигураник/корисник последњи период осигурања остварио 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 је умрли осигураник/корисник остварио 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) за умрлог осигураника/корисника. Презиме на рођењу мора се навести ради исправне идентификације уколико је у међувремену промењено приликом ступања у брак или из неког другог разлога.

Упишите тачан датум (дан, месец и годину) када је осигураник/корисник преминуо.

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

Наведите тачан период од када до када је осигураник/корисник служио војни рок у Републици Србији (Југославији). Доставите фотокопију војне књижице или уверење војног одсека, из које се види тај податак. Податак о служењу војног рока нам је потребан ради упоређивања да не постоји поклапање периода осигурања са периодом у коме је служен војни рок.

У рубрици за особе под старатељством упишите презиме и име старатеља умрлог осигураника/корисника, као и његову адресу, на начин који је напред наведен.

Рубрика 6.

Попуњава се уколико захтев за породичну пензију подноси удова или удовац.

Дужни сте да упишете своје презиме и име, датум и место рођења, затим дан, месец и годину ступања у брак, односно ванбрачну заједницу са умрлим осигураником/корисником, држављанство и адресу.

Приложите извод из матичне књиге венчаних којим потврђујете постојање брачне заједнице, односно одлуку којом потврђујете постојање ванбрачне заједнице.

Рубрика 7.

Попуњава се уколико се захтев за породичну пензију подноси за децу осигураника/корисника.

Податке уписује родитељ, заступник или дете умрлог осигураника/корисника уколико је старије од 18. година.

Упишите презиме, име и дан, месец и годину рођења детета као и крстић у одговарајући квадратић у зависности од пола детета.

Потребно је да приложите доказ да дете, старије од 15 година, похађа школу или факултет.

За инвалидно дете, старије од 15 година, доставите доказ о инвалидности.

За сву децу потребно је доставити извод из матичне књиге рођених.

Под 7.4 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности да ли има деце под старатељством и ако има, на одговарајућој линији, упишите презиме и име те деце.

Уколико је одговор под 7.4 потврдан, под 7.5, 7.6, упишите презиме и име и адресу старатеља или назив и адресу старатељске установе и презиме и име старатеља у старатељској установи.

Рубрика 8.

Попуњава се уколико захтев за породичну пензију подноси родитељ умрлог осигураника/корисника.

Упишите презиме и име, као и датум рођења родитеља умрлог осигураника/корисника које је он издржавао до своје смрти, или који су постали потпуно неспособни за рад.

Упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли су родитељи били потпуно неспособни за рад на дан смрти осигураника/корисника, односно, којег су пола родитељи.

Приложите извод из матичне књиге рођених, доказ о издржавању којим је установљена обавеза издржавања, као и медицинску документацију којом потврђујете потпуну неспособност за рад родитеља.

Рубрика 9.

Попуњава разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер.

Упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је умрли осигураник/корисник био обавезан да плаћа издржавање (алиментацију).

Приложите одлуку којом је утврђена обавеза плаћања издржавања.

Рубрика 10.

Под 10.1 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је удова/удовац или разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер умрлог осигураника/корисника под старатељством. Ако јесте под старатељством упишите презиме и име и адресу старатеља.

Под 10.2 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је удова/удовац или разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер умрлог осигураника/корисника запослен/а или обавља самосталну делатност. Ако није упишите дан, месец и годину када је престао да ради односно да обавља самосталну делатност.

Под 10.3 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је удова/удовац или разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер умрлог осигураника/корисника корисник личне пензије. Ако јесте, приложите, уз овај захтев, копију решења којим је утврђено право на пензију.

Под 10.4 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је удова/удовац или разведени супружник, односно бивши ванбрачни партнер умрлог осигураника/корисника потпуно неспособан за рад. Ако јесте, приложите, уз овај захтев, медицинску документацију којом се потврђује потпуна неспособност за рад.

Рубрика 11.

Под 11.1 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је умрло лице корисник давања из пензијског и инвалидског осигурања Републике Србије или је поднело захтев за такво давање. Ако јесте, упишите на одговарајућој линији од када је корисник таквог давања односно када је поднео захтев за такво давање.

Под 11.2 упишите на одговарајућем месту у табели место где је умрли осигураник био запослен односно обављао самосталну делатност у Републици Србији, затим у следећој колони упишите презиме, име и адресу послодавца код кога је умрли осигураник био запослен, односно врсту самосталне делатности. У последњој колони упишите дан, месец и годину од када до када је умрли осигураник био запослен, односно обављао самосталну делатност у Републици Србији.

Под 11.3 упишите крстић у одговарајући квадратић у зависности од тога да ли је смрт осигураника проузрокована несрећним случајем; исто поступите у зависности од тога да ли је ту несрећу проузроковало неко треће лице или није, и, ако јесте, у наставку на одговарајућим линијама уписати презиме, име и адресу лица које је проузроковало ту несрећу.

Под 11.4, 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 12.

Ово питање односи се на означавање и навођење докумената које прилажете уз овај захтев. У зависности од документа који прилажете упишите крстић у одговарајући квадратић. Уколико не поседујете радну књижицу потребно је да приложите своју 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 13.

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 14.

Попуњава и оверава надлежни канадски носилац.

Canada/Serbia Agreement

Documents and/or information required to support your application CAN/SRB 4 for a Serbian survivors pension

Originals or certified copies to be submitted:

- Birth certificate for the deceased
- Birth certificate for you and any children and parents declared on your application
- Serbian Personal card for you and the deceased
- Identification page of current passport for you and the deceased
- Serbian workbook for the deceased (if the workbook is not available, please provide a statement)
- Certificates of periods of insurance in the Republic of Serbia for the deceased
- Proof of cessation of your work or self-employment activity, if applicable
- Death certificate
- Your marriage certificate or proof of common law marriage, if applicable
- Military evidence or military departments certificate for the deceased, if applicable
- Proof of receiving compensation from the National employment service for you and the deceased, if applicable
- Proof of employment or self-employment in a third state for the deceased, if applicable
- Proof of guardianship, if applicable
- Proof of schooling-apprenticeship for children aged 15 to 26 years
- Proof of disability for children aged 15 or older
- Proof of support and medical documentation for dependent parents, if applicable
- Divorce verdict or decision on ending your common law marriage, if applicable
- Decision for widow/widower or divorced spouse that is receiving her/his own pension or ex-common law partner that is receiving her/his own pension, 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.