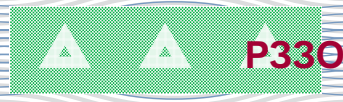


ПРИЈАВА, ПРОМЕНА И ОДЈАВА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
РЕПУБЛИЧКОМ ЗАВОДУ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ОБРАЗАЦ М



ПРИЈАВА ПРОМЕНА ОДЈАВА ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА

А. ПОДАЦИ О ОБВЕЗНИКУ ПЛАЋАЊА ДОПРИНОСА

1. Назив обвезника плаћања доприноса		2. Седиште обвезника плаћања доприноса	3. Седиште пословне јединице
4. Регистарски број	5. Општина на којој се непокретност налази	6. Број решења ПИО фонда	
7. ПИБ		8. ЈМБГ обвезника плаћања доприноса	

Б. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

9. ЈМБГ		10. Датум рођења		11. Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
12. Презиме		13. Име		14. Име једног родитеља	
15. Држављанство	16. Општина	17. Место	18. Улица	Број	Стан
19. Лични број носиоца осигурања		20. ЈМБГ носиоца осигурања		21. Сродство са носиоцем осигурања	

В. ПОДАЦИ О ОСИГУРАЊУ

22. Основ осигурања		23. Шифра (попуњава Р330)			
24. Степен стручне спреме у којој је осигураник запослен		25. Радно време осигураника _____ часова седмично		26. Датум почетка осигурања	
27. Занимање у коме је осигураник запослен				28. Шифра занимања (попуњава Р330)	
29. Датум престанка осигурања		30. Запослен код више послодаваца (попуњава Р330) <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не		31. Врста запослења	
32. Основ престанка осигурања		33. Особа са инвалидитетом <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не			

Попуњава Р330

Датум пријема _____

Потпис овлашћеног лица _____
(М.П.)

Датум подношења _____

Потпис подносиоца _____
(М.П.)

Сви унети подаци морају бити тачни. Пријава, промена и одјава на здравствено осигурање подноси се у року од 8 дана.

УПУТСТВО ЗА ПОПУЊАВАЊЕ М ОБРАСЦА

При попуњавању М обрасца обавезно је означити да ли се ради о пријави, промени или одјави здравственог осигурања. Подносилац је дужан да на захтев поднесе сва документа на основу којих се доказују подаци наведени у овом обрасцу. Попуњавају се следећа поља:

ПРИЈАВА

- А** За запослене код правних лица од 1. до 4. и поље 7. • За запослене код физичких лица: 1, 2, 4. и 8. • За пољопривреднике: 5. • За кориснике права из ПИО: 6. • Самостални уплатиоци доприноса не попуњавају ниједно поље. • За чланове породица не попуњава се ниједно поље.
- Б** За носиоце осигурања: од 9. до 18. • За чланове породица: од 9. до 21.
- В** За запослене: 22. и од 24. до 27. • За самосталне уплатиоце доприноса: 22, 24, 26. и 27. • За остале носиоце осигурања: 22. и 26. • За чланове породица: 26. • Ако је унапред познат датум престанка осигурања (нпр. рад на одређено време): 29. • Уписати број за врсту запослења (поље 31.) и то за: рад на одређено време (1), рад на неодређено време (2), привремени и повремени послови (3), уговор о делу (4), приправник (5), волонтер (6), рад ван радног времена-друго (7), предузетници (8), оснивачи тј. чланови привредног друштва (9), други осигураници у складу са законом који уређује систем обавезног осигурања за случај незапослености (10) и пољопривредници тј. земљорадници (11).

ПРОМЕНА

Попуњавају се потребна поља из дела А, као код пријаве, лични број осигураника и ЈМБГ. У делу Б и В уносе се само подаци који се мењају.

ОДЈАВА

Попуњавају се потребна поља из дела А, као код пријаве: лични број осигураника и ЈМБГ, презиме(12.), име (13.), име једног родитеља (14.) датум престанка осигурања (29.) и основ престанка осигурања (32.).