



Bosna i Hercegovina  
Federacija Bosne i Hercegovine

FEDERALNI ZAVOD ZA MIROVINSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE  
FEDERALNI ZAVOD ZA PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE  
FEDERAL PENSION AND DISABILITY INSURANCE INSTITUTE

Dubrovačka b.b., 88000 Mostar  
Centrala : + 387 36 445 600  
Fax : + 387 36 445 691  
E-mail : info@fzmiopio.ba  
web : www.fzmiopio.ba

Županijskoj/Kantonalnoj administrativnoj službi sa sjedištem u \_\_\_\_\_

ISPOSTAVA/POSLOVNICA \_\_\_\_\_ Broj zahtjeva : \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STATUSA  
OSIGURANIKA U DRAGOVOLJNOM/DOBROVOLJNOM OSIGURANJU**

*članak/član 19. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju  
("Službene novine FBiH", broj: 13/18 i 90/21)*

*Molim da mi se utvrdi status osiguranika u dragovoljnom/dobrovoljnom osiguranju na temelju članka/člana 19. do 21. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj : 13/18 i 90/21),*

*počev od \_\_\_\_\_ godine*

\_\_\_\_\_  
*(Prezime i ime podnosioca zahtjeva)*

\_\_\_\_\_  
*(Datum rođenja)*

\_\_\_\_\_  
*(JMB)*

\_\_\_\_\_  
*(Adresa prebivališta podnosioca zahtjeva)*

\_\_\_\_\_  
*(Poštanski broj)*

\_\_\_\_\_  
*(Grad / Općina)*

\_\_\_\_\_  
*(broj osobne iskaznice)*

\_\_\_\_\_  
*(Izdato od)*

**PODNOŠITELJ ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_  
*(Potpis podnosioca zahtjeva)*

\_\_\_\_\_  
*(Kontakt telefon podnosioca zahtjeva)*

U \_\_\_\_\_ godine  
*(mjesto) (datum)*



Bosna i Hercegovina  
Federacija Bosne i Hercegovine

FEDERALNI ZAVOD ZA MIROVINSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE  
FEDERALNI ZAVOD ZA PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE  
FEDERAL PENSION AND DISABILITY INSURANCE INSTITUTE

ŽUPANIJSKA / KANTONALNA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

OB / MB

Dana, \_\_\_\_\_ godine

Ja \_\_\_\_\_

sa adresom prebivališta : \_\_\_\_\_

rođen-a \_\_\_\_\_ JMB

broj osobne iskaznice \_\_\_\_\_ izdate od MUP \_\_\_\_\_

, pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću, a u svrhu utvrđivanja statusa osiguranika u  
dragovoljnom/dobrovoljnom osiguranju, dajem slijedeću

## IZJAVU

Da :

1. Nisam obuhvaćen/a obveznim mirovinskim/penzijskim i invalidskim osiguranjem
2. Državljanin sam Bosne i Hercegovine,
3. Prilažem podatak o općoj zdravstvenoj sposobnosti
4. Ne nalazim se na redovitom školovanju
5. Nisam ostvario/la pravo na mirovinu/penziju u Bosni i Hercegovini, niti izvan Bosne i Hercegovine,
6. Upoznat/a sam sa odredbama članka/člana 19-21. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", broj: 13/18 i 90/21),
7. Upoznat/a sam sa obvezom koja proistječe iz članka/člana 10. Pravilnika o podnošenju prijava na upis i promjene upisa u Jedinstveni sustav registracije, kontrole i naplate doprinosa ("Službene novine Federacije BiH", broj: 73/09, 38/10, 77/10, 9/11, 1/13, 83/14, 1/15, 48/16 i 25/17),
8. Uredno ću plaćati doprinos za dragovoljno/dobrovoljno mirovinsko/penzijsko i invalidsko osiguranje do sedmog u mjesecu za protekli mjesec.

**IZJAVU UZEO/LA**

**IZJAVU DAO**

(Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO )

(Potpis davatelja izjave)

(Telefon za kontakt davatelja izjave)