

Županijska/Kantonalna administrativna služba sa sjedištem u \_\_\_\_\_

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

## **ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA**

U skladu s člankom/članom 142. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju  
("Službene novine FBiH", broj : 29/98, 49/00, 32/01, 73/05, 59/06, 4/09 i 55/12)

| <b>PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA</b>                                           |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PREZIME ( ime oca ) i IME *                                                     |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DJEVOJAČKO PREZIME                                                              |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATUM ROĐENJA                                                                   |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA                                                 |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OSOBNI / MATIČNI BROJ (iz radne knjižice)                                       |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)                                                  |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SPOL / POL                                                                      | 1. MUŠKI                      2. ŽENSKI |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRESA BORAVIŠTA                                                                |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ADRESA PREBIVALIŠTA                                                             |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DRŽAVLJANSTVO                                                                   |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PODACI ZA KONTAKT                                                               | Telefon :                               |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | Mobitel :                               |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 | E-mail :                                |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Naveći razdoblja / periode za koje se traži utvrđivanje staža osiguranja</b> |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razdoblje/period<br>od - do                                                     |                                         | Naveći naziv i sjedište poslodavca<br>ili drugi osnov po kojem ste bili osigurani |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                 |                                         |                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* Napomena :** Ako zahtjev za utvrđivanje staža osiguranja podnosi zakonski zastupnik, punomoćnik ili osoba/lice koje ima pravni interes (bračni drug, dijete i sl.) upisuju se podaci za osobu/lice kojem se utvrđuje staž osiguranja.

**Ako zahtjev podnosi zakonski zastupnik, opunomoćenik/punomoćenik ili osoba/lice koje ima pravni interes , navesti**

(obvezno priložite odluku o imenovanju zakonskog zastupnika, punomoć ili dokaz o postojanju pravnog interesa )

**Prezime i ime** zakonskog zastupnika,  
opunomoćenika ili druge osobe/lica :

**Adresa** zakonskog zastupnika,  
opunomoćenika ili druge osobe/lica :

**Podaci za kontakt :**

**Telefon :**

**Mobitel :**

**E-mail :**

**Uz zahtjev prilažem slijedeće dokaze (zaokružiti)**

1. Radna knjižica
2. Rješenje o prijemu u radni odnos
3. Rješenje o prestanku radnog odnosa
4. Rješenje o rasporedu na radno mjesto
5. Rješenje o godišnjem odmoru
6. Obavjest/Obavještenje o plaći/plati i stažu osiguranja
7. Prijepis / Kopiju osobnog/ličnog kartona o zdravstvenom osiguranju
8. Rješenje o početku ili prestanku obavljanja samostalne djelatnosti
9. Uvjerenje Odjeljenja za financije/finansije o plaćenim doprinosima
10. Pravosnažno rješenje o mirovinskom/penzijskom stažu
11. Rješenje o prijemu na produženo osiguranje
12. Rješenje o prestanku produženog osiguranja
13. Dokaz o plaćenim doprinosima za produženo osiguranje
14. Rješenje o prijemu na dragovoljno/dobrovoljno osiguranje
15. Rješenje o prestanku dragovoljnog/dobrovoljnog osiguranja
16. Dokaz o plaćenim doprinosima za dragovoljno/dobrovoljno osiguranje
17. Zahtjev ili rješenje suda o promjeni odgovorne osobe/lica u sudskom registru
18. Zahtjev ili rješenje o likvidaciji poslovnog subjekta u sudskom registru
19. Zahtjev ili rješenje o brisanju poslovnog subjekta iz sudskog registra
20. Drugi dokazi (navesti koji)

**1. OVAJ ZAHTJEV JE SASTAVNI DIO ZAHTJEVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA MIROVINU / PENZIJU**

**2. OVAJ ZAHTJEV JE SAMOSTALNI ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA**

**Mjesto i datum**

**Potpis podnositelja zahtjeva \*\***

**\*\* svojim potpisom odgovaram za točnost/tačnost podataka i dajem suglasnost FZ MIO/PIO za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama**