

Županijskoj/Kantonalnoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____

ISPOSTAVA/POSLOVNICA _____ Broj zahtjeva : _____

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA INVALIDSKU MIROVINU/PENZIJU

počev od _____ godine

članak/član 58. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

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 PREBIVALIŠTA												
DRŽAVLJANSTVO												
DATUM GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI												
Je li vam u Federaciji BiH već priznato pravo iz mirovinskog/penzijskog osiguranja ? DA NE												
Ako da, koje pravo je priznato ? _____ Služba koja je donijela rješenje : _____ Broj rješenja : _____ Datum rješenja : _____												
Jeste li radili izvan Federacije BiH, odnosno Bosne i Hercegovine ? DA NE												
Ako da, u kojim državama ? _____												
Jeste li radili na području Republike Srpske ? DA NE												
Primate li mirovinu/penziju u Republici Srpskoj ? DA NE												
Primate li mirovinu/penziju ostvarenu izvan Bosne i Hercegovine ? DA NE												
Ako da, navedite vrstu mirovine/penzije (priložite preslik/kopiju rješenja) ? _____ Naziv države u kojoj je ostvareno pravo _____ _____												
Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH ? DA NE												
Ako da, priložite preslik/kopiju pravomoćnog rješenja												
Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani po nekoj drugoj osnovi. DA NE												
Ako da, po kojoj osnovi ? _____												
Navedite podatak o posljednjem zaposlenju												
Naziv poslodavca _____ Adresa poslodavca _____												

Ako zahtjev podnosi skrbnik ili opunomoćenik
(obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć)

Prezime i ime skrbnika ili opunomoćenika : _____

Adresa skrbnika ili opunomoćenika : _____

Datum rođenja _____ **JMB** _____
skrbnika ili opunomoćenika : skrbnika ili opunomoćenika :

Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje opunomoćeniku ?

DA

NE

*Ako DA, obvezno dostavite punomoć za primanje mirovine/penzije.
Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.*

Prezime i ime opunomoćenika za isplatu : _____

Adresa opunomoćenika za isplatu : _____

Kontakt podaci od podnositelja zahtjeva za invalidsku mirovinu/penziju

TELEFON (obvezno popuniti) : _____

E - MAIL (ako posjeduje) : _____

U _____, _____ godine

(Podnositelj zahtjeva ili
opunomoćenik / skrbnik)

(Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO)

OB / MB

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

IZJAVA

o okolnostima i činjenicama bitnim za ostvarivanje prava iz mirovinskog/penzijskog i invalidskog osiguranja

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da:

- **nemam status osiguranika u obveznom osiguranju** sukladno sa Zakonom o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22),
odnosno da **nisam u radnom odnosu** u Federaciji BiH, Bosni i Hercegovini, kao ni izvan Bosne i Hercegovine.
- **nisam korisnik mirovine/penzije po drugom temelju** kod Federalnog zavoda za mirovinsko/penzijsko i invalidsko osiguranje

(mjesto)

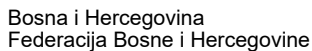
(datum)

godine

IZJAVU DAO

(Ime i prezime davatelja izjave)

Osobna iskaznica broj



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

2

| | | | |

Osobna iskaznica broj

OB / MB

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

IZJAVA

o okolnostima i činjenicama bitnim za ostvarivanje prava iz
mirovinskog/penzijskog i invalidskog osiguranja

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem da:

- **NISAM osuđen pravomoćnom sudskom presudom za kazneno djelo ratnog zločina.**

(mjesto)

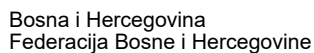
(datum)

godine

IZJAVU DAO

(Ime i prezime davatelja izjave)

Osobna iskaznica broj



ŽUPANIJSKA / KANTONALNA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

4

OB / MB

[illegible]

**o okolnostima i činjenicama bitnim za utvrđivanje
godišnjeg osobnog koeficijenta osiguranika**

(ime i prezime podnositelja izjave)

Izjavljujem kako sam suglasan da mi se za godine za koje se ne raspolaže podacima o plaćama, odnosno podacima o osnovicama osiguranja za pojedine godine, iste obračunaju sukladno sa člankom 46. stavak 7. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

godine

(mjesto)

(datum)

IZJAVU DAO

(Ime i prezime davatelja izjave)

Osobna iskaznica broj

ŽUPANIJSKA / KANTONALNA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

5

ISPOSTAVA/POSLOVNICA

OB / MB

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

Broj zahtjeva :

ZAHTJEV ZA ISPLATU MIROVINE/PENZIJE

članak 114. stavak 1. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

Sukladno sa člankom 114. stavak 1. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju, molim nadležnu administrativnu službu FZ MIO/PIO, da mi moja primanja isplaćuje putem (zaokružiti):

■ **BANKE**

ISPLATA PUTEM BANAKA U BIH

- Dostaviti tiskanicu/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci.

ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO

- Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT banke i puni naziv banke
- Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o broju računa kao i SWIFT banke

■ **POŠTE** (samo za korisnike u Federaciji BiH)

_____ godine
(mjesto) (datum)

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

_____ (ime i prezime podnosioca zahtjeva)

_____ Osobna iskaznica broj

OB / MB

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

IZJAVA

**o pripadnosti Oružanim snagama BiH (HVO, MUP i Armije BiH) i Vojsci R Srpske
u razdoblju 1991. - 1995.**

Ja _____ rođen _____
(ime i prezime davatelja izjave)

sa adresom prebivališta _____
(ulica, kbr, poštanski broj, općina, država)

izjavljujem da sam bio (potrebno zaokružiti) :

☐	pripadnik Oružanih snage BiH (HVO, MUP i Armije BiH)	DA	NE
--------------------------	--	-----------	-----------

☐	pripadnik Vojske RS-a	DA	NE
--------------------------	------------------------------	-----------	-----------

Izjavu dajem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću.

_____ godine
(mjesto) (datum)

IZJAVU DAO

(Ime i prezime davatelja izjave)

Osobna iskaznica broj
