

Županijskoj/Kantonalnoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____

ISPOSTAVA/POSLOVNICA _____ Broj zahtjeva : _____

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA
OBITELJSKU MIROVINU / PORODIČNU PENZIJU - iza osiguranika**

počev od _____ godine

članak/član 68. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

Podaci o umrlom osiguraniku													
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													
ADRESA PREBIVALIŠTA													
DRŽAVLJANSTVO													
DATUM SMRTI													

Podaci o članovima obitelji / porodice koji podnose zahtjev						
R. b r.	Prezime i ime člana obitelji / porodice	Datum rođenja i JMB člana obitelji / porodice	Adresa člana obitelji / porodice	Srodstvo s umrlim	Osnov za priznavanje prava	Je li član obit./poro.. u radnom odnosu
						DA NE
						DA NE
						DA NE
						DA NE
						DA NE
						DA NE
						DA NE

Je li umrlom u Federaciji BiH već priznato pravo iz mirovinskog/penzijskog osiguranja ? DA NE		
<i>Ako da, koje pravo je priznato ?</i> _____		
<i>Služba koja je donijela rješenje :</i> _____ _____		
<i>Broj rješenja :</i> _____ <i>Datum rješenja :</i> _____		
Je li umrli radio izvan Federacije BiH, odnosno Bosne i Hercegovine ? DA NE		
<i>Ako da, u kojim državama ?</i> _____		
Je li umrli radio na području Republike Srpske ? DA NE		
Je li umrli primao mirovinu/penziju u Republici Srpskoj ? DA NE		
Je li umrli primao mirovinu/penziju ostvarenu izvan Bosne i Hercegovine ? DA NE		
<i>Ako da, navedite vrstu mirovine/penzije (priložite preslik/kopiju rješenja) ?</i>		<i>Naziv države u kojoj je ostvareno pravo</i>
_____		_____
_____		_____
Je li umrli bio u radnom odnosu ili osiguran po nekoj drugoj osnovi ? DA NE		
<i>Ako da, po kojoj osnovi ?</i>		_____

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju umrlog		
<i>Naziv poslodavca</i> _____		
<i>Adresa poslodavca</i> _____		
Uzrok smrti. (zaokružite) <i>Ako je uzrok ozljeda/povreda na radu, priložite prijavu o ozljedi/povredi na radu.</i>	1. bolest 3. ozljeda/povreda na radu 2. profesionalna bolest 4. ozljeda/povreda izvan rada	
Ostvaruje li netko od članova obitelji / porodice pravo na mirovinu/penziju iz Federacije BiH, Republike Srpske, odnosno inozemstva ? DA NE		
<i>Ako DA, za te članove obitelji / porodice navedite :</i>		
<i>Prezime i ime člana obitelji / porodice</i>	<i>Država i nositelj osiguranja kod kojeg je priznato pravo</i>	<i>Vrsta mirovine/penzije (starosna, obiteljska/porodična)</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Je li umrli radio na poslovima na kojima se staž osiguranja računa s uvećanim trajanjem ili mu se uvećani staž računa po nekoj drugoj osnovi ? *Ako jeste, navedite razdoblja/periode i priložite dokaze.*

<i>Razdoblje/Period od - do</i>		<i>Dokaz o uvećanom stažu</i>

Poseban staž sukladno čl. 36. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju

<i>Razdoblje/Period od - do</i>		<i>Dokazi</i>

Je li umrli imao staž navršen izvan Federacije BiH / BiH ?

Ako da, molimo navedite razdoblja/periode i entitet/država u kojima je ostvaren.

<i>Razdoblje/Period od - do</i>		<i>Entitet / Država</i>

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 članova obitelji / porodice koji podnose zahtjev za obiteljsku mirovinu / porodičnu penziju

Prezime i ime

TELEFON (*obvezno popuniti*)

E - MAIL

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

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)

(mjesto)

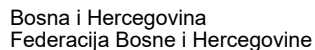
(datum)

_____ godine

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

(ime i prezime podnosioca zahtjeva)

Osobna iskaznica broj

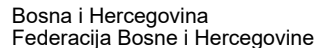


FEDERALNI ZAVOD ZA MIROVINSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE
FEDERALNI ZAVOD ZA PENZIJSKO I INVALIDSKO OSIGURANJE
FEDERAL PENSION | DISABILITY INSURANCE INSTITUTE

:

| | | | | | | | | |

Osobna iskaznica broj



ŽUPANIJSKA / KANTONALNA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

6

OB / MB

[illegible]

**o okolnostima i činjenicama o eventualnom ostvarenom stažu
u entitetu Bosne i Hercegovine - Republici Srpskoj ili izvan Bosne i Hercegovine**

[illegible]

Izjavu dajem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću.

(mjesto)

(datum)

godine

IZJAVU DAO

(Ime i prezime davatelja izjave)

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
