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

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

Kantonalnoj/Županijskoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____

POSLOVNICA/ISPOSTAVA _____ *Broj zahtjeva :* _____

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA **STAROSNU PENZIJU/MIROVINU**

počev od _____ *godine*

član/članak 40., 142., 143. i 144. Zakona o penzijskom/mirovinskom 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	
MATIČNI/OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)	
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)	
POL / SPOL	*1. MUŠKI* *2. ŽENSKI*
ADRESA PREBIVALIŠTA	
DRŽAVLJANSTVO	

Je li vam u Federaciji BiH već priznato pravo iz penzijskog/mirovinskog osiguranja ? **DA** **NE**

Ako da, koje pravo vam je priznato ? _____

Služba koja vam 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 već penziju/mirovinu u Republici Srpskoj ? **DA** **NE**

Primate li već penziju/mirovinu ostvarenu izvan Bosne i Hercegovine ? **DA** **NE**

Ako da, navedite vrstu penzije/mirovine (priložite kopiju/preslik rješenja) ?	*Naziv države u kojoj je ostvareno pravo*

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 _____

Jeste li radili na poslovima na kojima se staž osiguranja računa s uvećanim trajanjem ili vam se uvećani staž računa po nekoj drugoj osnovi ? *Ako da, navedite periode/razdoblja i priložite dokaze.*

Period/Razdoblje od - do		*Dokaz o uvećanom stažu*

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

Razdoblje/period od - do		*Dokazi*

Imate li staž navršen izvan Federacije BiH / BiH ?
Ako da, molimo navedite periode/razdoblja i entitet/država u kojima je ostvaren.

Period/Razdoblje od - do		*Entitet / Država*

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
skrbnika ili opunomoćenika : _____ **JMB**
skrbnika ili opunomoćenika : _____

Želite li da se mirovina / penzija isplaćuje opunomoćeniku ? **DA** **NE**

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

Prezime i ime *opunomoćenika za isplatu :* _____

Adresa *opunomoćenika za isplatu :* _____

Kontakt podaci od podnositelja zahtjeva za starosnu penziju/mirovinu

TELEFON *(obvezno popuniti) :* _____ _____

E - MAIL *(ako posjeduje) :* _____

U _____ , _____ *godine*

_____ _____

(Podnositelj zahtjeva ili opunomoćenik / skrbnik)

(Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO)

Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine

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

KANTONALNA / ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

MB / OB

I Z J A V A

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

Pod materijalnom i krivičnom odgovornosti izjavljujem da:

- ***nemam status osiguranika u obaveznom osiguranju*** *u skladu sa Zakonom o penzijskom/mirovinskom 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 penzije/mirovine po drugom osnovu*** *kod Federalnog zavoda za penzijsko/mirovinsko i invalidsko osiguranje*

_____ _____ *godine*

(mjesto) *(datum)*

IZJAVU DAO

_____

(Prezime i ime davatelja izjave)

Lična karta broj

_____

MB / OB

S A G L A S N O S T

za uračunavanje posebnog staža u ukupni penzijski / mirovinski staž član 38. stav 1. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

Saglasan sam da mi se u ukupan penzijski / mirovinski staž uračuna i poseban staž u skladu sa članom 38. stav 1. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

_____ _____ *godine*

(mjesto) *(datum)*

SAGLASNOST DAO

_____

(Prezime i ime davatelja saglasnosti)

Lična karta broj

_____

MB / OB

I Z J A V A

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

Pod materijalnom i krivičnom odgovornosti izjavljujem da:

☐ ***NISAM osuđen pravomoćnom sudskom presudom za krivično djelo ratnog zločina.***

_____ _____ *godine*

(mjesto) *(datum)*

IZJAVU DAO

_____

(Prezime i ime davatelja izjave)

Lična karta broj

_____

KANTONALNA / ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

MB / OB

I Z J A V A

o okolnostima i činjenicama bitnim za utvrđivanje godišnjeg ličnog koeficijenta osiguranika

(prezime i ime podnositelja izjave)

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

(mjesto) *(datum)* *godine*

IZJAVU DAO

(Prezime i ime davatelja izjave)

Lična karta broj

Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine

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

KANTONALNA / ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA _____

POSLOVNICA/ISPOSTAVA _____

MB / OB | | | | | | | | | | | | | | | Broj zahtjeva : _____

ZAHTJEV ZA ISPLATU PENZIJE/MIROVINE

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

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

- ***BANKE***

ISPLATA PUTEM BANAKA U BIH

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

ISPLATA U INOSTRANSTVO/INOZEMSTVO

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

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

_____ _____ *godine*
(mjesto) *(datum)*

PODNOSITELJ ZAHTJEVA

_____
(prezime i ime podnositelja zahtjeva)

Lična karta broj

_____

KANTONALNA / ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

MB / OB

I Z J A V A

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

Izjavu dajem pod punom materijalnom i krivičnom odgovornosti.

(mjesto) *(datum)* *godine*

IZJAVU DAO

(Prezime i ime davatelja izjave)

Lična karta broj

KANTONALNA / ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

MB / OB

I Z J A V A

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

Ja _____ rođen _____
(prezime i ime davatelja izjave)

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

izjavljujem da sam bio (potebno zaokružiti) :

☐ **pripadnik Oružanih snage BiH** (Armije BiH, MUP i HVO)	**DA**	**NE**
☐ **pripadnik Vojske RS**-a	**DA**	**NE**

Izjavu dajem pod punom materijalnom i krivičnom odgovornosti.

_____ _____ *godine*
(mjesto) *(datum)*

IZJAVU DAO

_____
(Prezime i ime davatelja izjave)

Lična karta broj

_____