

Kantonalnoj/Županijskoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____
POSLOVNICA/ISPOSTAVA _____ Broj zahtjeva : _____

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA INVALIDSKU PENZIJU/MIROVINU ZA POLICIJSKOG SLUŽBENIKA

počev od _____ godine

član/članak 104a. Zakona o dopunama Zakona o policijskim službenicima FBiH ("Službene novine FBiH", broj: 13/18) i
član/članak 58. 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/OSOBNİ BROJ (iz radne knjižice)										
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)										
POL / SPOL	1. MUŠKI					2. ŽENSKI				
ADRESA PREBIVALIŠTA										
DRŽAVLJANSTVO										
DATUM GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI										
Je li vam u Federaciji BiH već priznato pravo iz penzijskog/mirovinskog 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 penziju/mirovinu u Republici Srpskoj ? DA NE Primate li 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 _____										
Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH ? DA NE Ako da, priložite kopiju/preslik 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 :

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)**

Želite li da se penzija/mirovina 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 invalidsku 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

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

IZJAVA

Pod punom 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, kao ni izvan Bosne i Hercegovine i da nisam korisnik penzije po drugom osnovu kod Federalnog zavoda za penzijsko/mirovinsko i invalidsko osiguranje.
- **Saglasan** sam da mi se za godine za koje se ne raspolaže sa podacima o platama, odnosno podacima o osnovicama osiguranja za pojedine godine, kao godišnji lični/osobni koeficijent za te godine uzima godišnji lični/osobni koeficijent iz godine koja prethodi toj godini, a ako nema nijedne godine koja prethodi toj godini, onda da se uzme lični/osobni koeficijent iz godine koja slijedi u skladu sa člankom 46. stav (7) Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

- (zaokružiti potrebno):

NEMAM

IMAM

ostvarenog staža u entitetu Bosne i Hercegovine - Republici Srpskoj ili izvan Bosne i Hercegovine.

Ako imate navedite gdje i od kada

godine

(mjesto)

(datum)

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

MB / OB

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

IZJAVA

Ja _____ rođen _____
(prezime i ime davatelja izjave)

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

izjavljujem da sam bio (potrebno zaokružiti) :

☒ pripadnik Oružanih snaga BiH
(Armije BiH, MUP i HVO)

DA

NE

☒ pripadnik Vojske RS-a

DA

NE

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

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

Izjavu dajem pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću.

_____ godine
(mjesto) (datum)

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

2P

MB / OB

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

SAGLASNOST

za uračunavanje posebnog staža u ukupni penzijski / mirovinski staž policijskog službenika

Član/članak 104.b Zakona o dopunama Zakona o policijskim službenicima FBiH (Službene novine FBiH", broj : 13/18)

Član/članak 38. stav (1) Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju

("Službene novine FBiH", broj: 13/18 i 90/21)

Saglasan sam da mi se u ukupan penzijski / mirovinski staž uračuna poseban staž iz člana/članka 36. stav (1) Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22), kao staž osiguranja u jednostrukom trajanju.

(mjesto)

(datum)

godine

SAGLASNOST DAO

(Prezime i ime davatelja saglasnosti)

Lična karta broj