

Županijskoj / Kantonalnoj administrativnoj službi sa sjedištem u \_\_\_\_\_

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

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STATUSA  
OSIGURANIKA U DRAGOVOLJNOM / DOBROVOLJNOM OSIGURANJU**

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

Molim da mi se utvrdi status osiguranika u dragovoljnom / dobrovoljnom osiguranju na osnovi članka / člana 19. do 21. Zakona o mirovinskom / penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18 i 90/21 i 19/22)

počev od \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
(Prezime i ime podnosioca zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(Datum rođenja)

\_\_\_\_\_  
(JMB)

\_\_\_\_\_  
(Adresa prebivališta podnosioca zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(Poštanski broj)

\_\_\_\_\_  
(Grad / Općina)

\_\_\_\_\_  
(broj osobne iskaznice)

\_\_\_\_\_  
(Izdana od)

***Uz zahtjev prilažem***

1. *Uvjerenje o općoj zdravstvenoj sposobnosti*

\_\_\_\_\_  
***Mjesto i datum***

\_\_\_\_\_  
***Potpis podnosioca zahtjeva***

