



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@fmiopio.ba

web : www.fzmiopio.ba

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

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA **INVALIDSKU MIROVINU/PENZIJU ZA POLICIJSKOG SLUŽBENIKA**
počev od _____ godine

članak/član 104a. Zakona o dopunama Zakona o policijskim službenicima F BiH („Službene novine F BiH“, broj: 13/18)
i članak/član 58. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
(„Službene novine F BiH“, broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

PREZIME (ime oca) i IME			
DJEVOJAČKO PREZIME			
DATUM ROĐENJA			
OSOBNI/MATIČNI BROJ (iz radne knjižice)			
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)			
SPOL/POL	1. MUŠKI		2. ŽENSKI
ADRESA PREBIVALIŠTA			
DRŽAVLJANSTVO			
DATUM GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI			
• Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH?	DA	NE	
• Jeste li radili na području entiteta R Srpska?	DA	NE	
• Primete li mirovinu/penziju u entitetu R Srpska?	DA	NE	
• Jeste li u radnom odnosu?	DA	NE	
• Navedite podatak o posljednjem zaposlenju Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____			
• Jeste li radili na poslovima na kojima se staž osiguranja računa kao beneficirani staž ? (Ako je odgovor DA , priložite dokaze)	DA	NE	
• Imate li staž navršen izvan Federacije BiH/BiH? (Ako je odgovor DA , priložite dokaze)	DA	NE	
• Primete li mirovinu/penziju ostvarenu izvan BiH? (Ako je odgovor DA , priložite dokaze)			
• U skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka („Sl. glasnik BiH“, broj: 49/06 , 76/11 i 89/11) svojim potpisom dajem suglasnost/saglasnost za obradu mojih osobnih/ličnih podataka iz službenih evidencija mjerodavnih tijela, isključivo u svrhu utvrđivanja činjenica u postupku ostvarivanje prava na mirovinu/penziju. U _____ datum _____ Suglasnost dao _____			
• Uzrok invalidnosti (Ako je uzrok ozljeda/povreda na radu, priložite prijavu o ozljedi/povredi na radu)	- Bolest - Profesionalna bolest - Ozljeda/povreda na radu - Ozljeda/povreda izvan rada		

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO