



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

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

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA INVALIDSKU MIROVINU/PENZIJU

počev od _____ godine

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		

<ul style="list-style-type: none"> Kontaktni podaci podnosioca zahtjeva za starosnu mirovinu/penziju <p>TELEFON (obvezno popuniti): _____</p> <p>E-MAIL (ako posjeduje): _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> IZJAVE I ODGOVORE DAJEM POD PUNOM MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU <p>1. Jeste li bili pripadnik Oružanih snaga BiH (HVO-a, Armije RBiH, MUP-a)? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>2. Jeste li ostvarili poseban staž u entitetu R Srpska (bili pripadnik Vojske RS)? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>3. Jeste li osuđeni pravomoćnom sudskom presudom za kazneno djelo ratnog zločina? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>4. Jeste li suglasni da se u ukupan mirovisnki staž uračuna i poseban staž sukladno čl. 38. st.1. Zakona o MIO/PIO? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>5. Jeste li suglasni da se za godine za koje se ne raspolaže podacima o plaćama, podacima o osnovicama osiguranja za pojedine godine, kao godišnji osobni koeficijent za te godine uzima godišnji osobni koeficijent iz godine koja prethodi toj godini, zatim da se uzme osobni koeficijent iz godine koja slijedi, u skladu s čl. 46. stavak 7. Zakona o MIO/PIO? DA NE IZJAVU DAO _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> U skladu s člankom 114. stavak 1. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju, molim mjerodavnu administrativnu službu FZ MIO/PIO da mi mirovinu isplaćuje putem (zaokružiti): <ul style="list-style-type: none"> ❖ BANKE Dostaviti tiskanice/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci ❖ ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO <ol style="list-style-type: none"> Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanice/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT i puni naziv banke. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanice/obrazac banke o broju računa, kao i SWIFT banke. ❖ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH) 	
<ul style="list-style-type: none"> Podnosi li zahtjev punomoćnik/skrbnik? 	DA NE
<ul style="list-style-type: none"> Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) <p>Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____</p>	DA NE

U _____
(mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO