



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 INVALIDSKU PENZIJU / MIROVINU

počev od _____ godine

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

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

U _____ (mjesto) _____ (datum)

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO