



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

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA obiteljsku mirovinu/porodičnu penziju
nakon smrti osiguranika policijskog službenika**

počev od _____ godine
članci 68., 70., 71., 73. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
(„Službene novine F BiH“, broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

Podaci o umrlom osiguraniku								
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 SMRTI								
Podaci o članovima obitelji/porodice koji podnose zahtjev								
R. br.	Prezime i ime člana obitelji/porodice	Datum rođenja i JMB člana obitelji/porodice	Adresa člana obitelji/porodice	Srodstvo s umrlim	Osnova za priznavanje prava	Je li član obitelji/porodice u radnom odnosu		
						DA	NE	
						DA	NE	
						DA	NE	
						DA	NE	
• Je li umrli radio na području entiteta R Srpska?						DA	NE	
• Je li umrli primao mirovinu/penziju u entitetu R Srpska?						DA	NE	
• Je li umrli primao mirovinu/penziju ostvarenu izvan Bosne i Hercegovine?						DA	NE	
• Je li umrli bio u radnom odnosu?						DA	NE	
• Navedite podatak o posljednjem zaposlenju umrlog Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____								

• 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 _____		
• Kontaktne podatke podnosioca zahtjeva za mirovinu/penziju TELEFON (obavezno popuniti): _____ E-MAIL (ako posjeduje): _____		
• IZJAVE I ODGOVORE DAJEM POD PUNOM MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOSTI 1. Jeste li bili pripadnik Oružanih snaga BiH (HVO-a, Armije RBiH, MUP-a)? DA NE IZJAVU DAO _____ 2. Jeste li ostvarili poseban staž u entitetu R Srpska (bili pripadnik Vojske RS)? DA NE IZJAVU DAO _____ 3. Jeste li osuđeni pravomoćnom sudskom presudom za kazneno djelo ratnog zločina? DA NE IZJAVU DAO _____ 4. Jeste li suglasni da se u ukupan mirovinski staž uračuna i poseban staž sukladno čl. 38. st. 1. Zakona o MIO/PIO? DA NE IZJAVU DAO _____ 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 _____		
• 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): ❖ BANKE Dostaviti tiskanicu/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci. ❖ ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO 1. Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT i puni naziv banke. 2. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o broju računa, kao i SWIFT banke. ❖ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH)		
• Podnosi li zahtjev punomoćnik/skrbnik? • Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____	DA DA	NE NE

U _____
 (mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO