



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
OBITELJSKU MIROVINU/PORODIČNU PENZIJU - nakon smrti korisnika**

počev od _____ godine
članak/član 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 _____		
Kontaktни podaci podnositelja zahtjeva za mirovinu/penziju TELEFON (obvezno popuniti): _____ E-MAIL (ako posjeduje): _____		
Izjave/odgovore dajem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću Imate li status osiguranika u obveznom osiguranju u skladu sa Zakonom o MIO/PIO, odnosno jeste li u radnom odnosu u FBiH, BiH ili izvan BiH? DA NE IZJAVU DAO _____ Jeste li korisnik mirovine/penzije ili ste korisnik po drugoj osnovi kod FZ 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 tiskanice/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci. ❖ ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO - 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)		
- Podnosi li zahtjev punomoćnik/skrbnik? DA NE - Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? DA NE (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____		

U _____
(mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO