



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 PORODIČNU PENZIJU/ OBITELJSKU
MIROVINU nakon smrti osiguranika počev od _____ godine
član 68., 70., 71., 73. Zakona o penzijskom / mirovinskom i invalidskom osiguranju
("Službene novine F BiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

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

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 ostvarivanja prava na penziju / mirovinu. U _____, dana _____ Saglasnost dao: _____		
Kontakt podaci podnosioca zahtjeva za penziju / mirovinu TELEFON (obavezno popuniti): _____ E - MAIL (ako posjeduje): _____		
IZJAVE I ODGOVORE DAJEM POD PUNOM MATERIJALNOM I KRIVIČNOM ODGOVORNOŠĆU 1. Da li ste bili pripadnik Oružanih snaga BiH (Armije R. BiH, HVO-a, MUP-a) ? DA NE IZJAVU DAO _____ 2. Da li ste ostvarili poseban staž u entitetu R. Srpska (bili pripadnik Vojske RS) ? DA NE IZJAVU DAO _____ 3. Da li ste osuđeni pravosnažnom sudskom presudom za krivično djelo ratnog zločina ? DA NE IZJAVU DAO _____ 4. Da li ste saglasni da se u ukupan penzijski staž uračuna i poseban staž shodno čl. 38.st.1 Zakona o PIO/MIO ? DA NE IZJAVU DAO _____ 5. Da li ste saglasni da se za godine za koje se ne raspolaže sa podacima o platama, podacima o osnovicama osiguranja za pojedine godine, kao godišnji lični koeficijent za te godine uzima godišnji lični koeficijent iz godine koja prethodi toj godini, onda da se uzme lični koeficijent iz godine koja slijedi u skladu sa čl.46 stav 7. Zakona o PIO/MIO? DA NE IZJAVU DAO _____		
- U skladu sa članom 114. stav 1. Zakona o penzijskom / mirovinskom i invalidskom osiguranju, molim nadležnu administrativnu službu FZ PIO/MIO, da mi penziju isplaćuje putem (zaokružiti): ❖ BANKE Dostaviti obrazac / tiskanicu o otvorenom transakcijskom računu u banci. ❖ ISPLATA U INOSTRANSTVO/INOZEMSTVO - Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti obrazac / tiskanicu banke o IBAN računu korisnika SWIFT banke i puni naziv banke - Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti obrazac / tiskanicu banke o broju računa kao i SWIFT banke ❖ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH)		
Da li zahtjev podnosi opunomoćnik / skrbnik?	DA	NE
Želite li da se penzija / mirovina isplaćuje opunomoćniku / skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje penzije. Punomoć se obavezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) Prezime, ime i adresa opunomoćnika/skrbnika _____	DA	NE

U _____
 (mjesto) (datum)

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO