



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**

korisnika

počev od _____ godine

član/ članak 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) i IME									
DJEVOJAČKO PREZIME									
DATUM ROĐENJA									
MATIČNI/OSOBNİ 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/odgovore dajem pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću: Da li imate status osiguranika u obaveznom osiguranju u skladu sa Zakonom o PIO, odnosno da li ste u radnom odnosu u FBiH, BiH ili izvan BiH? DA NE IZJAVU DAO: _____ Da li ste korisnik penzije/mirovine ili ste korisnik po drugom osnovu kod FZ 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 opunomoćeniku / skrbniku? DA NE (Ako DA, dostavite punomoć za primanje penzije. Punomoć se obavezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) Prezime, ime i adresa opunomoćenika/skrbnika _____		

U _____
(mjesto) (datum)

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO