



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 NOVČANU NAKNADU
ZA TJELESNU/FIZIČKU ONESPOSOBLJENOST**

počev od _____ godine

članak/član 67. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
(„Službene novine F BiH“, broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

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 GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI			
• Je li vam u FBiH već priznato pravo iz mirovinskog osiguranja?	DA	NE	
• Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI)?	DA	NE	
• Jeste li u radnom odnosu?	DA	NE	
• Navedite podatak o posljednjem zaposlenju Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____			
• Je li vam je za isti slučaj tjelesne onesposobljenosti već priznato pravo na novčanu naknadu prema drugim propisima? (Ako je odgovor DA, priložite presliku/kopiju rješenja)	DA	NE	
• Imate li staž navršen izvan Federacije BiH/BiH? (Ako je odgovor DA, priložite dokaze)	DA	NE	
• Primete li mirovinu/penziju ostvarenu izvan BiH? (Ako je odgovor DA, priložite dokaze)			
• 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 _____			
• Uzrok tjelesne/fizičke onesposobljenosti (Ako je uzrok ozljeda/povreda na radu, priložite prijavu o ozljedi/povredi na radu.)	- Bolest - Profesionalna bolest - Ozljeda/povreda na radu - Ozljeda/povreda izvan rada		

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 - Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT i puni naziv banke - 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?	DA	NE
Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.)	DA	NE
Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____		
Kontaktne podaci podnosioca zahtjeva za starosnu mirovinu/penziju		
TELEFON (obvezno popuniti): _____		
E-MAIL (ako posjeduje): _____		

U _____
(mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO