



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 STAROSNU PENZIJU/MIROVINU

počev od _____ godine

po članu / članku 31. b Zakona o pravima branilaca i članova njihovih porodica

("Službene novine F BiH", broj: 33/04,56/05,70/07, 9/10,90/17 i 29/22)

PREZIME (ime oca) IME											
DJEVOJAČKO PREZIME											
DATUM ROĐENJA											
MATIČNI/OSOBNİ BROJ (iz radne knjižice)											
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)											
POL/SPOL	1. MUŠKI					2. ŽENSKI					
ADRESA PREBIVALIŠTA											
DRŽAVLJANSTVO											
Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH ?										DA	NE
Da li ste radili na području entiteta R. Srpska ?										DA	NE
Da li primite penziju/mirovinu u entitetu R. Srpska ?										DA	NE
Da li se nalazite u radnom odnosu ?										DA	NE
Navedite podatak o posljednjem zaposlenju											
Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____											
Da li ste radili na poslovima na kojima se staž osiguranja računa kao beneficirani staž ? (Ako je odgovor DA priložite dokaze)										DA	NE
Da li imate staž navršen izvan Federacije BiH/BiH ? (Ako je odgovor DA priložite dokaze)										DA	NE
Da li primite penziju/mirovinu ostvarenu izvan BiH ? (Ako je odgovor DA priložite dokaze)										DA	NE
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 ostvarivanje prava na penziju / mirovinu.											
U _____, dana _____										Saglasnost dao: _____	
Kontakt podaci podnosioca zahtjeva za starosnu 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 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 pravomoćnom 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 1. Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti obrazac / tiskanicu banke o IBAN računu korisnika SWIFT banke i puni naziv banke 2. 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? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje penzije. Punomoć se obavezno obnavlja svakih 6 mjeseci.)		DA NE
Prezime, ime i adresa opunomoćenika/skrbnika _____		

U _____, _____ godine

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO