



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 PRIJEVREMENU POVOLJNIJU STAROSNU PENZIJU/MIROVINU

na osnovu Zakona o prijevremenom povoljnijem penzionisanju branilaca odbrambeno-
oslobodilačkog rata / branitelja domovinskog rata
(„Službene novine Federacije BiH”, broj: 41/13, 90/17 i 29/22)

- po članu/članku 4. stav 1. tačka 1. (pripadnici policije-MUP)
- po članu/ članku 4. stav 1. tačka 2. (pripadnici Vojske F BiH)
- po članu/članku 4. stav 1. tačka 3. (demobilisani/razvojačeni pripadnici Oružanih
snaga BiH – Armije RBiH, HVO-a i MUP-a)
- po članu/članku 4. stav 1. tačka 4. (RVI 60 % i više)

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			
• Da li ste radili na području entiteta R. Srpska ?	DA	NE	
• Da li primате 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 primате 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 PO PUNOM MATERIJALNOM I KRIVIČNOM ODGOVORNOŠĆU - Da li ste bili pripadnik Oružanih snaga BiH (Armije RBiH, HVO-a, MUP-a) ? DA NE IZJAVU DAO _____ - Da li ste ostvarili poseban staž u entitetu R. Srpska (bili pripadnik Vojske RS) ? DA NE IZJAVU DAO _____ - Da li ste osuđeni pravomoćnom sudskom presudom za krivično djelo ratnog zločina ? DA NE IZJAVU DAO _____ - 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 _____ - 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? - Želite li da se penzija / mirovina isplaćuje opunomoćeniku / skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje penzije. Punomoć se obavezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) Prezime, ime i adresa opunomoćenika/skrbnika _____	DA	NE
	DA	NE

U _____, _____ godine.

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO