



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/Kantonalnoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____

ISPOSTAVA/POSLOVNICA: _____

Broj zahtjeva: _____

**ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA OBITELJSKU MIROVINU/
PORODIČNU PENZIJU nakon smrti korisnika**

počev od _____ godine

po Zakonu o službi u Oružanim snagama BiH

(„Službeni glasnik BiH“, broj: 88/05, 53/07, 59/09, 74/10, 42/12, 41/16 i 38/18)

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

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 _____ (mjesto) (datum)	Suglasnost dao _____	
Kontaktни podaci podnositelja zahtjeva za mirovinu/penziju TELEFON (obvezno popuniti): _____ E - MAIL (ako posjeduje): _____		
Izjave/odgovore dajem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću: Imate li status osiguranika u obveznom osiguranju u skladu sa Zakonom o MIO, odnosno jeste li u radnom odnosu u FBiH, BiH ili izvan BiH? DA NE IZJAVU DAO _____ Jeste li korisnik mirovine/penzije ili ste korisnik po drugoj osnovi kod FZ MIO/PIO? DA NE IZJAVU DAO _____		
- U skladu s člankom/članom 114. stavkom 1. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju, molim mjerodavnu administrativnu službu FZ MIO/PIO da mi mirovinu isplaćuje putem (zaokružiti): ❖ BANKE Dostaviti tiskanice/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci. ❖ ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO 1. Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanice/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT banke i puni naziv. 2. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanice/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? DA NE (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih šest mjeseci.) Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____		

U _____
 (mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO