



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

Faks: + 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 pravima branitelja i članova njihovih obitelji

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

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 ostvarivanja 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