



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

Kantonatnoj/Županijskoj službi sa sjedištem u

POSLOVNICA/ISPOSTAVA

Broj zahtjeva:

ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA

u skladu s članom 99. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju

(„Službene novine FBiH“, broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

PODACI O OSIGURANIKU												
PREZIME (ime oca) i IME *												
DJEVOJAČKO PREZIME												
DATUM ROĐENJA												
MATIČNI/OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)												
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)												
POL/SPOL	1. Muški 2. Ženski											
ADRESA BORAVIŠTA												
ADRESA PREBIVALIŠTA												
DRŽAVLJANSTVO												
PODACI ZA KONTAKT	Telefon:											
	Mobitel:											
	E-mail:											
Naveći razdoblja za koje se traži utvrđivanje staža osiguranja *												
Razdoblje od - do		Naveći naziv i sjedište poslodavca ili drugi osnov po kojem ste bili osigurani										

* **Napomena :** Ako zahtjev za utvrđivanje staža osiguranja podnosi poslodavac, član porodice umrlog osiguranika, odnosno član porodice umrlog korisnika starosne ili invalidske penzije upisuju se podaci za lice kojem se utvrđuje staž osiguranja.

Ako zahtjev podnosi poslodavac, član porodice umrlog osiguranika, odnosno član porodice umrlog korisnika starosne ili invalidske penzije, navesti

* **Prezime i ime člana porodice**

Naziv poslodavca

Adresa:

Podaci za kontakt

Telefon:

Mobitel:

E-mail:

Uz zahtjev prilažem sljedeće dokaze (zaokružiti)

1. Radnu knjižicu
2. Rješenje o prijemu u radni odnos
3. Rješenje o prestanku radnog odnosa
4. Rješenje o rasporedu na radno mjesto
5. Rješenje o godišnjem odmoru
6. Obavijest o plati i stažu osiguranja
7. Kopiju ličnog kartona o zdravstvenom osiguranju
8. Rješenje o početku ili prestanku obavljanja samostalne djelatnosti
9. Uvjerenje Odjeljenja za finansije o plaćenim doprinosima
10. Pravosnažno rješenje o penzijskom/mirovinskom stažu
11. Rješenje o prijemu na produženo osiguranje
12. Rješenje o prestanku produženog osiguranja
13. Dokaz o plaćenim doprinosima za produženo osiguranje
14. Rješenje o prijemu na dobrovoljno osiguranje
15. Rješenje o prestanku dobrovoljnog osiguranja
16. Dokaz o plaćenim doprinosima za dobrovoljno osiguranje
17. Zahtjev ili rješenje suda o promjeni odgovornog lica u sudskom registru
18. Zahtjev ili rješenje o likvidaciji poslovnog subjekta u sudskom registru
19. Zahtjev ili rješenje o brisanju poslovnog subjekta iz sudskog registra
20. Drugi dokazi (navesti koji)

1. OVAJ ZAHTJEV JE SASTAVNI DIO ZAHTJEVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA PENZIJU/MIROVINU

2. OVAJ ZAHTJEV JE SAMOSTALNI ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA

Mjesto i datum

Potpis podnosioca zahtjeva **

**** svojim potpisom odgovaram za tačnost podataka i dajem saglasnost FZ PIO/MIO za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama**