

Županijskoj/Kantonalnoj službi sa sjedištem u

ISPOSTAVA/POSLOVNICA

Broj zahtjeva:

ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA

sukladno članku 99. Zakona o mirovinskom/penzijskom 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												
OSOBNI/MATIČNI BROJ (iz radne knjižice)												
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)												
SPOL/POL						1. Muški			2. Ženski			
ADRESA BORAVIŠTA												
ADRESA PREBIVALIŠTA												
DRŽAVLJANSTVO												
PODACI ZA KONTAKT						Telefon:						
						Mobitel:						
						E-mail:						
Navedi razdoblja za koje se traži utvrđivanje staža osiguranja *												
Razdoblje od - do		Navedi naziv i sjedište poslodavca ili drugu osnovu po kojoj ste bili osigurani										

* **Napomena :** Ako zahtjev za utvrđivanje staža osiguranja podnosi poslodavac, član obitelji umrlog osiguranika, odnosno član obitelji umrlog korisnika starosne ili invalidske mirovine upisuju se podaci za osobu kojoj se utvrđuje staž osiguranja.

Ako zahtjev podnosi poslodavac, član obitelji umrlog osiguranika, odnosno član obitelji umrlog korisnika starosne ili invalidske mirovine, navesti

* **Prezime i ime člana obitelji**

Naziv poslodavca

Adresa:

Podaci za kontakt

Telefon:

Mobitel:

E-mail:

Uz zahtjev prilažem sljedeće dokaze (zaokružiti)

1. Radnu knjižicu
2. Rješenje o prijamu u radni odnos
3. Rješenje o prestanku radnog odnosa
4. Rješenje o rasporedu na radno mjesto
5. Rješenje o godišnjem odmoru
6. Obavijest o plaći i stažu osiguranja
7. Presliku osobnog kartona o zdravstvenom osiguranju
8. Rješenje o početku ili prestanku obavljanja samostalne djelatnosti
9. Uvjerenje Odjela za financije o plaćenim doprinosima
10. Pravomoćno rješenje o mirovinskom/penzijskom stažu
11. Rješenje o prijamu na produženo osiguranje
12. Rješenje o prestanku produženog osiguranja
13. Dokaz o plaćenim doprinosima za produženo osiguranje
14. Rješenje o prijamu na dragovoljno osiguranje
15. Rješenje o prestanku dragovoljnog osiguranja
16. Dokaz o plaćenim doprinosima za dragovoljno osiguranje
17. Zahtjev ili rješenje suda o promjeni odgovorne osobe 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 SASTAVNI JE DIO ZAHTJEVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA MIROVINU/PENZIJU

2. OVAJ ZAHTJEV SAMOSTALNI JE ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA

Mjesto i datum

Potpis podnositelja zahtjeva **

**** svojim potpisom odgovaram za točnost podataka i dajem suglasnost FZ MIO/PIO za njihovo korištenje i razmjenu s mjerodavnim ustanovama**