



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 INVALIDSKU PENZIJU/ MIROVINU ZA POLICIJSKOG SLUŽBENIKA

počev od _____ godine

član / članak 104a. Zakona o dopunama Zakona o policijskim službenicima F BiH („Službene novine F BiH“, broj: 13/18) i člana / članak 58. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju
("Službene novine Federacije BiH", broj: 13/18 do 06/26)

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 PREBIVALIŠTA			
DRŽAVLJANSTVO			
DATUM GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI			
• Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u F BiH ?	DA	NE	
• 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 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:12/25) 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: _____			
• Uzrok invalidnosti (Ako je uzrok povreda/ozljeda na radu priložite prijavu o povredi/ozljedi na radu)	- Bolest - Profesionalna bolest - Povreda/Ozljeda na radu - Povreda/Ozljeda van rada		

Kontakt podaci podnosioca zahtjeva za starosnu penziju / mirovinu TELEFON (obavezno popuniti): _____ E - MAIL (ako posjeduje): _____		
IZJAVE I ODGOVORE DAJEM POD PUNOM MATERIJALNOM I KRIVIČNOM ODGOVORNOŠĆU - Da li ste bili pripadnik Oružanih snaga BiH (Armije R. BiH, 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 pravosnažnom 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 _____ (mjesto) _____ (datum)

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO