

Kantonalnjoj/Županijskoj administrativnoj službi sa sjedištem u \_\_\_\_\_

POSLOVNICA/ISPOSTAVA \_\_\_\_\_ Broj zahtjeva : \_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STATUSA  
OSIGURANIKA U DOBROVOLJNOM/DRAGOVOLJNOM OSIGURANJU**

*član/članak 19. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju  
("Službene novine FBiH", broj: 13/18 do 06/26)*

*Molim da mi se utvrdi status osiguranika u dobrovoljnom/dragovoljnom osiguranju na osnovi člana/članka 19. do 21. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj : 13/18 do 06/26),*

*počev od \_\_\_\_\_ godine*

\_\_\_\_\_  
*(Prezime i ime podnosioca zahtjeva)*

\_\_\_\_\_  
*(Datum rođenja)*

\_\_\_\_\_  
*(JMB)*

\_\_\_\_\_  
*(Adresa prebivališta podnosioca zahtjeva)*

\_\_\_\_\_  
*(Poštanski broj)*

\_\_\_\_\_  
*(Grad / Općina)*

\_\_\_\_\_  
*(broj lične karte)*

\_\_\_\_\_  
*(Izdato od)*

**PODNOŠITELJ ZAHTJEVA**

\_\_\_\_\_  
*(Potpis podnosioca zahtjeva)*

\_\_\_\_\_  
*(Kontakt telefon podnosioca zahtjeva)*

U \_\_\_\_\_ godine  
*(mjesto) (datum)*

*Uz zahtjev za utvrđivanje statusa osiguranika u dobrovoljnom/dragovoljnom osiguranju, u skladu s članom/člankom 19. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj: 13/18 do 06/26), potrebno je dostaviti:*

- *Uvjerenje o državljanstvu*
  
- *Uvjerenje o opštoj zdravstvenoj sposobnosti (ljekarsko/liječničko uvjerenje)*



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

KANTONALNA / ŽUPANIJSKA ADMINISTRATIVNA SLUŽBA ZA

MB / OB

Dana, \_\_\_\_\_ godine

Ja \_\_\_\_\_

sa adresom prebivališta : \_\_\_\_\_

rođen-a \_\_\_\_\_

JMB

broj lične karte \_\_\_\_\_

izdate od MUP \_\_\_\_\_

, pod punom materijalnom i krivičnom odgovornosti, a u svrhu utvrđivanja statusa osiguranika u dobrovoljnom/dragovoljnom osiguranju, dajem slijedeću

## IZJAVU

Da :

1. Nisam obuhvaćen/a obaveznim penzijskim/mirovinskim i invalidskim osiguranjem
2. Državljanin sam Bosne i Hercegovine,
3. Prilažem podatak o opštoj zdravstvenoj sposobnosti (ljekarsko/liječničko uvjerenje)
4. Ne nalazim se na redovnom školovanju
5. Nisam ostvario/la pravo na penziju/mirovinu u Bosni i Hercegovini, niti izvan Bosne i Hercegovine,
6. Upoznat/a sam sa odredbama člana/članka 19-21. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine Federacije BiH", broj: 13/18 do 06/26),
7. Upoznat/a sam sa obavezom koja proizilazi iz člana/članka 10. Pravilnika o podnošenju prijava na upis i promjene upisa u Jedinstveni sistem registracije, kontrole i naplate doprinosa ("Službene novine Federacije BiH", broj: 73/09 do 77/23),
8. Uredno ću plaćati doprinos za dobrovoljno/dragovoljno penzijsko/mirovinsko i invalidsko osiguranje do sedmog u mjesecu za protekli mjesec.

**IZJAVU UZEO/LA**

**IZJAVU DAO**

(Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO)

(Potpis davatelja izjave)

(Telefon za kontakt davatelja izjave)