



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@fmiopio.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 službi u Oružanim snagama BiH

(„Službeni glasnik BiH“, broj: 88/05 do 38/18)

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 _____							

<ul style="list-style-type: none"> U skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka („Sl. glasnik BiH“, broj: 12/25) svojim potpisom dajem suglasnost/saglasnost za obradu mojih osobnih/ličnih podataka iz službenih evidencija mjerodavnih tijela, isključivo u svrhu utvrđivanja činjenica u postupku ostvarivanje prava na mirovinu/penziju. <p>U _____ Suglasnost dao _____ (mjesto) (datum)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Kontaktни podaci podnositelja zahtjeva za mirovinu/penziju <p>TELEFON (obvezno popuniti): _____</p> <p>E - MAIL (ako posjeduje): _____</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Izjave/odgovore dajem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću: <p>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</p> <p style="text-align: right;">IZJAVU DAO _____</p> <p>Jeste li korisnik mirovine/penzije ili ste korisnik po drugoj osnovi kod FZ MIO/PIO? DA NE</p> <p style="text-align: right;">IZJAVU DAO _____</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 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): <ul style="list-style-type: none"> ❖ BANKE Dostaviti tiskanicu/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci. ❖ ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO <ol style="list-style-type: none"> 1. Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT banke i puni naziv. 2. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o broju računa, kao i SWIFT banke. ❖ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH) 		
<ul style="list-style-type: none"> 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.) <p>Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____</p>		

U _____
(mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO