



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](mailto:info@fmiopio.ba)  
web : [www.fzmiopio.ba](http://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  
članak/član 68., 70., 71., 73. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju  
("Službene novine Federacije BiH", broj: 13/18 do 06/26)

Podaci o umrlom 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 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"> <li>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.</li> </ul> <p>U _____ datum _____ Suglasnost dao _____</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Kontaktни podaci podnosioca zahtjeva za mirovinu/penziju</b></li> </ul> <p>TELEFON (obvezno popuniti): _____</p> <p>E-MAIL (ako posjeduje): _____</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Izjave/odgovore dajem pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću</b></li> </ul> <p>Imate li status osiguranika u obveznom osiguranju u skladu sa Zakonom o MIO/PIO, odnosno jeste li u radnom odnosu u FBiH, BiH ili izvan BiH? <span style="float: right;">DA NE</span></p> <p style="text-align: right;"><b>IZJAVU DAO</b> _____</p> <p>Jeste li korisnik mirovine/penzije ili ste korisnik po drugoj osnovi kod FZ MIO/PIO? <span style="float: right;">DA NE</span></p> <p style="text-align: right;"><b>IZJAVU DAO</b> _____</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>U skladu s člankom 114. stavak 1. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju, molim mjerodavnu administrativnu službu FZ MIO/PIO da mi mirovinu isplaćuje putem (zaokružiti):</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>BANKE</b> Dostaviti tiskanicu/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci.</li> <li>❖ <b>ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT i puni naziv banke.</li> <li>Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanicu/obrazac banke o broju računa, kao i SWIFT banke.</li> </ol> </li> <li>❖ <b>POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH)</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Podnosi li zahtjev punomoćnik/skrbnik? <span style="float: right;">DA NE</span></li> <li>Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? <span style="float: right;">DA NE</span> (Ako <b>DA</b>, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.)</li> </ul> <p>Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____</p>		

U \_\_\_\_\_  
(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_  
Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

\_\_\_\_\_  
Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO