



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

Kantonalnoj/Županijskoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____

POSLOVNICA / ISPOSTAVA: _____

Broj zahtjeva : _____

**ZAHTEJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA PORODIČNU PENZIJU/
OBITELJSKU MIROVINU nakon smrti osiguranika**

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							
MATIČNI/OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)							
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)							
POL/SPOL				1. MUŠKI		2. ŽENSKI	
ADRESA PREBIVALIŠTA							
DRŽAVLJANSTVO							
DATUM SMRTI							
Podaci o članovima porodice/obitelji koji podnose zahtjev							
R. br.	Prezime i ime člana porodice/obitelji	Datum rođenja i JMB člana porodice/obitelji	Adresa člana porodice/obitelji	Srodstvo s umrlim	Osnova za priznavanje prava	Je li član porodice/obitelji u radnom odnosu	
						DA	NE
						DA	NE
						DA	NE
						DA	NE
<ul style="list-style-type: none">Da li je umrli radio na području entiteta R. Srpska ?Da li je umrli primao penziju/mirovinu u entitetu R. Srpska ?Da li je umrli primao penziju/mirovinu ostvarenu izvan Bosne i Hercegovine ?						DA	NE
<ul style="list-style-type: none">Da li se umrli nalazio u radnom odnosu ?						DA	NE
<ul style="list-style-type: none">Navedite podatak o posljednjem zaposlenju umrlog Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____							

<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>U _____, dana _____ Saglasnost dao: _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Kontakt podaci podnosioca zahtjeva za penziju / mirovinu <p>TELEFON (obavezno popuniti): _____</p> <p>E - MAIL (ako posjeduje): _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> IZJAVE I ODGOVORE DAJEM PO PUNOM MATERIJALNOM I KRIVIČNOM ODGOVORNOŠĆU <p>1. Da li ste bili pripadnik Oružanih snaga BiH (Armije RBiH, HVO-a, MUP-a) ? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>2. Da li ste ostvarili poseban staž u entitetu R. Srpska (bili pripadnik Vojske RS) ? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>3. Da li ste osuđeni pravomoćnom sudskom presudom za krivično djelo ratnog zločina ? DA NE IZJAVU DAO _____</p> <p>4. 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 _____</p> <p>5. 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 _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 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): <p>❖ BANKE Dostaviti obrazac / tiskanicu o otvorenom transakcijskom računu u banci.</p> <p>❖ ISPLATA U INOSTRANSTVO/INOZEMSTVO</p> <p>1. Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti obrazac / tiskanicu banke o IBAN računu korisnika SWIFT banke i puni naziv banke</p> <p>2. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti obrazac / tiskanicu banke o broju računa kao i SWIFT banke</p> <p>❖ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Da li zahtjev podnosi opunomoćnik / skrbnik? 	DA NE
<ul style="list-style-type: none"> Želite li da se penzija / mirovina isplaćuje opunomoćeniku / skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje penzije. Punomoć se obavezno obnavlja svakih 6 mjeseci.) <p>Prezime, ime i adresa opunomoćenika/skrbnika _____</p>	DA NE

U _____, _____ godine.

Podnosilac zahtjeva ili opunomoćnik

Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO