



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

Faks: + 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 osiguranika**

počev od _____ godine

po Zakonu o pravima branitelja i članova njihovih obitelji
(„Službene novine F BiH“ broj: 33/04 do 06/26)

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. 		
U _____ (mjesto)	_____ (datum)	Suglasnost dao _____
<ul style="list-style-type: none"> Kontaktни podaci podnositelja zahtjeva za mirovinu/penziju 		
TELEFON (obvezno popuniti): _____		
E-MAIL (ako posjeduje): _____		
<ul style="list-style-type: none"> IZJAVE I ODGOVORE DAJEM POD PUNOM MATERIJALNOM I KAZNENOM ODGOVORNOŠĆU 		
1. Jeste li bili pripadnik Oružanih snaga BiH (HVO-a, Armije BiH, MUP-a)?		
DA NE		IZJAVU DAO _____
2. Jeste li ostvarili poseban staž u entitetu R Srpska (bili pripadnik Vojske RS)?		
DA NE		IZJAVU DAO _____
3. Jeste li osuđeni pravomoćnom sudskom presudom za kazneno djelo ratnog zločina?		
DA NE		IZJAVU DAO _____
4. Jeste li suglasni da se u ukupan mirovinski staž uračuna i poseban staž sukladno čl. 38. st.1. Zakona o MIO/PIO?		
DA NE		IZJAVU DAO _____
5. Jeste li suglasni da se za godine za koje se ne raspolaže podacima o plaćama, podacima o osnovicama osiguranja za pojedine godine, kao godišnji osobni koeficijent za te godine uzima godišnji osobni koeficijent iz godine koja prethodi toj godini, potom da se uzme osobni koeficijent iz godine koja slijedi u skladu s čl. 46. st. 7. Zakona o MIO/PIO?		
DA NE		IZJAVU DAO _____
<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): 		
❖ BANKE		
Dostaviti tiskanicu/obrazac o otvorenom transakcijskom računu u banci.		
❖ ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO		
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.) 		
Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____		

U _____
(mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO