



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 PRIJEVREMENU POVOLJNIJU STAROSNU MIROVINU/PENZIJU

na temelju Zakona o prijevremenom povoljnijem umirovljenju branitelja domovinskog rata /
branilaca odbrambeno-oslobodilačkog rata
(„Službene novine Federacije BiH”, broj: 41/13 do 06/26)

- po članku/članu 4. stavak 1. točka 1. (pripadnici policije-MUP)
- po članku/članu 4. stavak 1. točka 2. (pripadnici Vojske F BiH)
- po članku/članu 4. stavak 1. točka 3. (razvojačeni/demobilisani pripadnici Oružanih snaga BiH – HVO-a, Armije RBiH, i MUP-a)
 - po članku/članu 4. stavak 1. točka 4. (RVI 60 % i više)

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			
• Jeste li radili na području entiteta R Srpska?	DA	NE	
• Primete li mirovinu/penziju u entitetu R Srpska?	DA	NE	
• Jeste li u radnom odnosu?	DA	NE	
• Navedite podatak o posljednjem zaposlenju Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____			
• Jeste li radili na poslovima na kojima se staž osiguranja računa kao beneficirani staž? (Ako je odgovor DA, priložite dokaze)	DA	NE	
• Imate li staž navršen izvan Federacije BiH/BiH? (Ako je odgovor DA, priložite dokaze)	DA	NE	
• Primete li mirovinu/penziju ostvarenu izvan BiH ? (Ako je odgovor DA, priložite dokaze)	DA	NE	
• 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 podnosioca zahtjeva za starosnu 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 <ol style="list-style-type: none"> 1. Jeste li bili pripadnik Oružanih snaga BiH (HVO-a, Armije RBiH, 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): <ul style="list-style-type: none"> ❖ BANKE Dostaviti tiskanice/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 tiskanice/obrazac banke o IBAN računu korisnika, SWIFT banke i puni naziv. 2. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanice/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
<ul style="list-style-type: none"> • Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih šest mjeseci.) 	DA	NE
Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____		

U _____
(mjesto) (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO