



Ako zahtjev podnosi poslodavac, član porodice umrlog osiguranika, odnosno član porodice umrlog korisnika starosne ili invalidske penzije, navesti

\* **Prezime i ime člana porodice**

**Naziv poslodavca**

**Adresa:**

Podaci za kontakt

Telefon:

Mobitel:

E-mail:

**Uz zahtjev prilažem sljedeće dokaze (zaokružiti)**

1. Radnu knjižicu
2. Rješenje o prijemu u radni odnos
3. Rješenje o prestanku radnog odnosa
4. Rješenje o rasporedu na radno mjesto
5. Rješenje o godišnjem odmoru
6. Obavijest o plati i stažu osiguranja
7. Kopiju ličnog kartona o zdravstvenom osiguranju
8. Rješenje o početku ili prestanku obavljanja samostalne djelatnosti
9. Uvjerenje Odjeljenja za finansije o plaćenim doprinosima
10. Pravosnažno rješenje o penzijskom/mirovinskom stažu
11. Rješenje o prijemu na produženo osiguranje
12. Rješenje o prestanku produženog osiguranja
13. Dokaz o plaćenim doprinosima za produženo osiguranje
14. Rješenje o prijemu na dobrovoljno osiguranje
15. Rješenje o prestanku dobrovoljnog osiguranja
16. Dokaz o plaćenim doprinosima za dobrovoljno osiguranje
17. Zahtjev ili rješenje suda o promjeni odgovornog lica u sudskom registru
18. Zahtjev ili rješenje o likvidaciji poslovnog subjekta u sudskom registru
19. Zahtjev ili rješenje o brisanju poslovnog subjekta iz sudskog registra
20. Drugi dokazi (navesti koji)

**1. OVAJ ZAHTJEV JE SASTAVNI DIO ZAHTJEVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA PENZIJU/MIROVINU**

**2. OVAJ ZAHTJEV JE SAMOSTALNI ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA**

**Mjesto i datum**

**Potpis podnosioca zahtjeva \*\***

\*\* svojim potpisom odgovaram za tačnost podataka i dajem saglasnost FZ PIO/MIO za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama