



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@fzmiopio.ba
web: www.fzmiopio.ba

Županijskoj/Kantonalnoj službi sa sjedištem u

ISPOSTAVA/POSLOVNICA _____

Broj zahtjeva: _____

ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA

sukladno članku 99. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju

(„Službene novine FBiH“, broj: 13/18 do 06/26)

PODACI O 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 BORA VIŠTA												
ADRESA PREBIVALIŠTA												
DRŽAVLJANSTVO												
PODACI ZA KONTAKT	Telefon:											
	Mobitel:											
	E-mail:											
Navesti razdoblja za koje se traži utvrđivanje staža osiguranja *												
Razdoblje od - do		Navesti naziv i sjedište poslodavca ili drugu osnovu po kojoj ste bili osigurani										

* **Napomena :** Ako zahtjev za utvrđivanje staža osiguranja podnosi poslodavac, član obitelji umrlog osiguranika, odnosno član obitelji umrlog korisnika starosne ili invalidske mirovine upisuju se podaci za osobu kojoj se utvrđuje staž osiguranja.

Ako zahtjev podnosi poslodavac, član obitelji umrlog osiguranika, odnosno član obitelji umrlog korisnika starosne ili invalidske mirovine, navesti

* **Prezime i ime člana obitelji**

Naziv poslodavca _____

Adresa: _____

Podaci za kontakt

Telefon: _____

Mobitel: _____

E-mail: _____

Uz zahtjev prilažem sljedeće dokaze (zaokružiti)

1. Radnu knjižicu
 2. Rješenje o prijamu u radni odnos
 3. Rješenje o prestanku radnog odnosa
 4. Rješenje o rasporedu na radno mjesto
 5. Rješenje o godišnjem odmoru
 6. Obavijest o plaći i stažu osiguranja
 7. Presliku osobnog kartona o zdravstvenom osiguranju
 8. Rješenje o početku ili prestanku obavljanja samostalne djelatnosti
 9. Uvjerenje Odjela za financije o plaćenim doprinosima
 10. Pravomoćno rješenje o mirovinskom/penzijskom stažu
 11. Rješenje o prijamu na produženo osiguranje
 12. Rješenje o prestanku produženog osiguranja
 13. Dokaz o plaćenim doprinosima za produženo osiguranje
 14. Rješenje o prijamu na dragovoljno osiguranje
 15. Rješenje o prestanku dragovoljnog osiguranja
 16. Dokaz o plaćenim doprinosima za dragovoljno osiguranje
 17. Zahtjev ili rješenje suda o promjeni odgovorne osobe 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 SASTAVNI JE DIO ZAHTJEVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA MIROVINU/PENZIJU

2. OVAJ ZAHTJEV SAMOSTALNI JE ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA

Mjesto i datum

Potpis podnositelja zahtjeva **

** svojim potpisom odgovaram za točnost podataka i dajem suglasnost FZ MIO/PIO za njihovo korištenje i razmjenu s mjerodavnim ustanovama