



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/Kantonskoj administrativnoj službi sa sjedištem u _____
ISPOSTAVA/POSLOVNICA _____ Broj zahtjeva: _____

ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE PRAVA NA NOVČANU NAKNADU
ZA TJELESNU/FIZIČKU ONESPOSOBLJENOST

počev od _____ godine

članak/član 67. Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju
(„Službene novine F BiH“, broj: 13/18 do 06/26)

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 PREBIVALIŠTA			
DRŽAVLJANSTVO			
DATUM GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI			
• Je li vam u FBiH već priznato pravo iz mirovinskog osiguranja?	DA	NE	
• Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI)?	DA	NE	
• Jeste li u radnom odnosu?	DA	NE	
• Navedite podatak o posljednjem zaposlenju Naziv poslodavca _____ Datum prestanka radnog odnosa _____			
• Je li vam je za isti slučaj tjelesne onesposobljenosti već priznato pravo na novčanu naknadu prema drugim propisima? (Ako je odgovor DA, priložite presliku/kopiju rješenja)	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)			
• 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 ostvarivanja prava na mirovinu/penziju. U _____ datum _____ Suglasnost dao _____			
• Uzrok tjelesne/fizičke onesposobljenosti (Ako je uzrok ozljeda/povreda na radu, priložite prijavu o ozljedi/povredi na radu.)	- Bolest - Profesionalna bolest - Ozljeda/povreda na radu - Ozljeda/povreda izvan rada		

<ul style="list-style-type: none"> • U skladu s člankom 114. stavak 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 		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 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 i puni naziv banke 2. Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti tiskanice/obrazac banke o broju računa, kao i SWIFT banke. 		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH) 		
• Podnosi li zahtjev punomoćnik/skrbnik?	DA	NE
• Želite li da se mirovina/penzija isplaćuje punomoćniku/skrbniku? (Ako DA, dostavite punomoć za primanje mirovine. Punomoć se obvezno obnavlja svakih 6 mjeseci.)	DA	NE
Prezime, ime i adresa punomoćnika/skrbnika _____		
<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktne podatke podnosioca zahtjeva za starosnu mirovinu/penziju 		
TELEFON (obvezno popuniti): _____		
E-MAIL (ako posjeduje): _____		

U _____ (mjesto) _____ (datum)

Podnositelj zahtjeva ili punomoćnik

Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO