

Broj zahtjeva :

počev od _____ godine

Članak/član. 72.a Zakona o mirovinskom/penzijskom i invalidskom osiguranju ("Službene novine FBiH", broj : 29/98, 49/00, 32/01, 73/05, 59/06, 4/09 i 55/12)

1

Ako zahtjev podnosi skrbnik ili opunomoćenik

(obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć)

Prezime i ime skrbnika ili opunomoćenika : _____

Adresa skrbnika ili opunomoćenika : _____

Datum rođenja _____ **JMB**
skrbnika ili opunomoćenika : _____ skrbnika ili opunomoćenika : _____

**Želite li da se naknada za tjelesnu / fizičku onesposobljenost
isplaćuje opunomoćeniku ?**

DA

NE

Ako **DA**, obvezno dostavite punomoć za primanje naknade za tjelesnu / fizičku onesposobljenost.
Punomoć se obvezno obnavlja **svakih 6 mjeseci**.

Prezime i ime opunomoćenika za isplatu : _____

Adresa opunomoćenika za isplatu : _____

Kontakt podaci od podnositelja zahtjeva za tjelesnu / fizičku onesposobljenost

TELEFON (obvezno popuniti) : _____

E - MAIL (ako posjeduje) : _____

U _____, _____ godine

(Podnositelj zahtjeva ili
opunomoćenik / skrbnik)

(Potpis zaposlenika FZ MIO/PIO)