

Kantonalnoj/Županijskoj administrativnoj službi sa sjedištem u \_\_\_\_\_

POSLOVNICA/ISPOSTAVA \_\_\_\_\_ Broj zahtjeva : \_\_\_\_\_

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

počev od \_\_\_\_\_ godine

član/članak. 67. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju  
("Službene novine FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

PREZIME ( ime oca ) i IME	
DJEVOJAČKO PREZIME	
DATUM ROĐENJA	
MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA	
MATIČNI/OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)	
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)	
POL / SPOL	1. MUŠKI                      2. ŽENSKI
ADRESA PREBIVALIŠTA	
DRŽAVLJANSTVO	
<p><b>Je li vam u Federaciji BiH već priznato pravo iz penzijskog/mirovinskog osiguranja ?</b>                      <b>DA</b>                      <b>NE</b></p> <p>Ako da, koje pravo je priznato ? _____</p> <p>Služba koja je donijela rješenje : _____</p> <p>Broj rješenja : _____ Datum rješenja : _____</p>	
<p><b>Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH ?</b> Ako da, priložite kopiju/preslik pravomoćnog rješenja.</p>	<b>DA</b> <b>NE</b>
<p><b>Je li vam za isti slučaj fizičke/tjelesne onesposobljenosti već priznato pravo na novčanu naknadu prema drugim propisima ?</b> Ako da, priložite kopiju/preslik rješenja.</p>	<b>DA</b> <b>NE</b>
<p><b>Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani po nekoj drugoj osnovi.</b> Ako da, po kojoj osnovi ?</p>	<b>DA</b> <b>NE</b>
<p><b>Navedite podatak o posljednjem zaposlenju</b></p> <p>Naziv poslodavca _____</p> <p>Adresa poslodavca _____</p>	
<p><b>Uzrok fizičke/tjelesne onesposobljenosti. (zaokružiti)</b> Ako je uzrok povreda/ozljeda na radu, priložite prijavu o povredi/ozljedi na radu.</p>	<p>1. bolest                      2. profesionalna bolest</p> <p>3. povreda/ozljeda na radu                      4. povreda/ozljeda izvan rada</p>

**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 :** \_\_\_\_\_

U skladu sa članom 114. stav 1. Zakona o penzijskom/mirovinskom i invalidskom osiguranju, molim nadležnu administrativnu službu FZ PIO/MIO, da mi moja primanja isplaćuje putem (zaokružiti):

**■ BANKE****ISPLATA PUTEM BANAKA U BIH**

- Dostaviti obrazac/tiskanicu o otvorenom transakcijskom računu u banci.

**ISPLATA U INOSTRANSTVO/INOZEMSTVO**

- Za države koje koriste transakcije putem IBAN-a, dostaviti obrazac/tiskanicu banke o IBAN računu korisnika, SWIFT banke i puni naziv banke
- Za države koje ne koriste transakcije putem IBAN računa, dostaviti obrazac/tiskanicu banke o broju računa kao i SWIFT banke

**■ POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH)****Želite li da se naknada za fizičku / tjelesnu onesposobljenost isplaćuje opunomoćeniku ?****DA NE**

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

**Prezime i ime opunomoćenika za isplatu :** \_\_\_\_\_**Adresa opunomoćenika za isplatu :** \_\_\_\_\_**Kontakt podaci od podnosioca zahtjeva za fizičku / tjelesnu onesposobljenost****TELEFON (obvezno popuniti) :** \_\_\_\_\_**E - MAIL (ako posjeduje) :** \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ godine

\_\_\_\_\_  
( Podnositelj zahtjeva ili  
opunomoćenik / skrbnik )

\_\_\_\_\_  
( Potpis zaposlenika FZ PIO/MIO )