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 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 FBiH", broj: 13/18, 90/21 i 19/22)

PREZIME (ime oca) i IME	
DJEVOJAČKO PREZIME	
DATUM ROĐENJA	
MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA	
OSOBNI/MATIČNI BROJ (iz radne knjižice)	
JEDINSTVENI MATIČNI BROJ (JMB)	
SPOL / POL	*1. MUŠKI* *2. ŽENSKI*
ADRESA PREBIVALIŠTA	
DRŽAVLJANSTVO	

Je li vam u Federaciji BiH već priznato pravo iz mirovinskog/penzijskog osiguranja ? **DA** **NE**

Ako da, koje pravo je priznato ? _____

Služba koja je donijela rješenje : _____

_____

Broj rješenja : _____ *Datum rješenja :* _____

Imate li status ratnog vojnog invalida (RVI) u FBiH ? *Ako da, priložite preslik/kopiju pravomoćnog rješenja.*	**DA**	**NE**
Je li vam za isti slučaj tjelesne/fizičke onesposobljenosti već priznato pravo na novčanu naknadu prema drugim propisima ? *Ako da, priložite preslik/kopiju rješenja.*	**DA**	**NE**
Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani po nekoj drugoj osnovi. *Ako da, po kojoj osnovi ?*	**DA**	**NE**

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju

Naziv poslodavca _____

Adresa poslodavca _____

Uzrok tjelesne/fizičke onesposobljenosti. (zaokružiti) *Ako je uzrok ozljeda/povreda na radu, priložite prijavu o ozljedi/povredi na radu.*	**1.** *bolest*	**2.** *profesionalna bolest*
	3. *ozljeda/povreda na radu*	**4.** *ozljeda/povreda izvan rada*

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 *skrbnika ili opunomoćenika :* _____ **JMB** *skrbnika ili opunomoćenika :* _____

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

- **BANKE**

  ISPLATA PUTEM BANAKA U BIH

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

  ISPLATA U INOZEMSTVO/INOSTRANSTVO

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

- **POŠTE (samo za korisnike u Federaciji BiH)**

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)