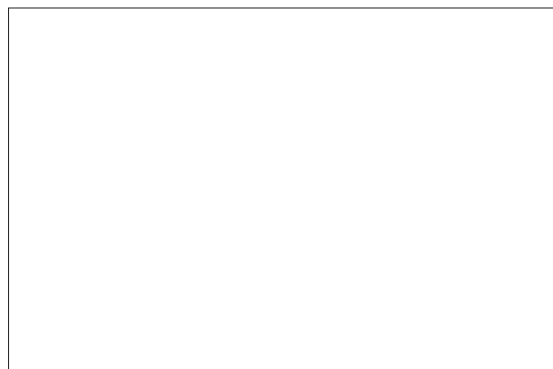


HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

DC8FI BC>G@ ý6=#
 DC8FI BCA I F 98I I

SREDIŠNJOJ SLUŽBI



ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE MIROVINSKOG STAŽA

U REPUBLICI HRVATSKOJ

IZVAN REPUBLIKE HRVATSKE

OSOBNI PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA*

PREZIME (ime oca) I IME

DJEVOJAČKO PREZIME

DATUM ROĐENJA

MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)

MATIČNI BROJ GRAĐANA

SPOL Muški Ženski

OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)

ADRESA BORAVIŠTA

ADRESA PREBIVALIŠTA

DRŽAVLJANSTVO

DRŽAVLJANSTVO

STUPANJ STRUČNE SPREME I ZANIMANJE

STUPANJ STRUČNE SPREME I ZANIMANJE

Vrijeme provedeno na školovanju (od-do)

Vrijeme provedeno na odsluženju vojnog roka (od - do)

Je li vam u Republici Hrvatskoj već ranije utvrđivan mirovinski staž? DA NE

Služba koja je donijela rješenje

Broj i datum rješenja

* NAPOMENA:
Ako zahtjev za utvrđivanje staža podnosi skrbnik, opunomoćenik ili osoba koja za utvrđivanje staža ima pravni interes (npr. udovica za pok. supruga, dijete za pok. roditelja i sl.), upisuju se podaci za osobu kojoj se utvrđuje mirovinski staž.

Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani po nekoj drugoj osnovi? (kojoj)

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju (naziv i adresa poslodavca)

NAVEDITE RAZDOBLJA PROVEDENA U OSIGURANJU U REPUBLICI HRVATSKOJ (radni odnos, samostalna djelatnost i sl.) ZA KOJA TRAŽITE DA VAM SE UTVRDE U MIROVINSKI STAŽ:

Razdoblje od-do		Navedite naziv i adresu poslodavca ili drugu osnovu po kojoj ste bili osigurani	Ako ste radili na radnom mjestu na kojem se staž računa s povećanim trajanjem, navedite stupanj povećanja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NAVEDITE RAZDOBLJA PROVEDENA IZVAN OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ (u Hrvatskoj domovinskoj vojsci, u zarobljeništvu i sl.) ZA KOJA TRAŽITE DA VAM SE UTVRDE U MIROVINSKI STAŽ:

Razdoblje od-do		Navedite osnovu po kojoj tražite da vam se utvrdi mirovinski staž
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AKO STE BILI ZAPOSLENI IZVAN REPUBLIKE HRVATSKE, NAVEDITE:

Razdoblje od-do		Država, naziv i sjedište poslodavca	Broj osiguranja

ZA PRETHODNE NAVODE PRILAŽEM SLJEDEĆE DOKAZE:

-
-
-
-
-
-

AKO ZAHTJEV PODNOSI SKRBNIK, OPUNOMOĆENIK ILI DRUGA OSOBA, NAVEDITE:

(Obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika, punomoć ili dokaz o postojanju pravnog interesa)

Prezime i ime skrbnika, opunomoćenika ili druge osobe

Adresa skrbnika, opunomoćenika ili druge osobe

U , datum

Podaci za kontakt

tel.:
 mob.:
 e-mail:

Podnositelj zahtjeva *

* Svojim potpisom odgovaram za točnost navedenih podataka te dajem suglasnost HZMO-u za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama.