

PODRUČNA SLUŽBA U
PODRUČNI URED U

ZAHTJEV ZA PRIZNANJE PRAVA NA

INVALIDSKU MIROVINU

PROFESIONALNU REHABILITACIJU

PRIJEVREMENU INVALIDSKU MIROVINU

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 PREBIVALIŠTA

ADRESA BORAVIŠTA

DRŽAVLJANSTVO

Je li Vam u Republici Hrvatskoj već priznato pravo iz mirovinskog osiguranja i/ili doplatak za djecu?

DA NE

Koje pravo Vam je priznato?

Područna služba/ured koji je donio rješenje

Broj i datum rješenja

Jeste li upisani u obrtni registar?

DA NE

Jeste li član uprave trgovačkog društva?

DA NE

Jeste li izvršni direktor trgovačkog društva?

DA NE

Jeste li likvidator trgovačkog društva?

DA NE

Jeste li upravitelj zadruge?

DA NE

Jeste li koristili novčane naknade priznate od HZZ-a (Hrvatskog zavoda za zapošljavanje

DA NE

Jeste li radili izvan Republike Hrvatske?

DA NE

U kojim državama?

Primate li već mirovinu ili invalidninu ostvarenou izvan Republike Hrvatske?

DA NE

Vrsta mirovine, invalidnine
(priložite presliku pravomoćnog rješenja)

Država u kojoj je ostvareno pravo

Popunjava majka ili posvojiteljica djeteta:

Broj rođene ili posvojene djece:

Prezime i ime te OIB djeteta

Prezime i ime te OIB oca ili posvojitelja djece

Je li je otac djeteta koristio dodatni rodiljni dopust
(od 70. dana rođenja djeteta do navršenih 6 mjeseci djeteta)

DA NE

Ako je koristio, za koje dijete

Popunjava otac ili posvojitelj djeteta samo ako je koristio dodatni rodiljni dopust

Broj rođene ili posvojene djece:

--

Prezime i ime te OIB djeteta

Prezime i ime te OIB majke ili posvojiteljice djece

--

Jeste li:

(priložite presliku dokumenata o navedenom svojstvu/statusu)

- | | |
|--|---|
| ➤ hrvatski branitelj iz Domovinskog rata | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ hrvatski ratni vojni invalid s utvrđenim trajnim statusom | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ osoba koja obavlja poslove razminiranja | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ radnik koji je profesionalno izložen azbestu | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ bivši politički zatvorenik | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ redoviti član HAZU-a | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ pripadnik djelatnog sastava Hrvatske vojske (HV) | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ ovlaštena službena osoba (MUP) | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ zastupnik u Hrvatskom saboru, sudac Ustavnog suda RH, član vlade RH ili glavni državni revizor | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ pripadnik Hrvatske domovinske vojske (domobran) | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ sudionik NOR-a | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| ➤ pripadnik bivše JNA | DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |

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

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju (naziv i adresa poslodavca i opis poslova).

Navedite datum od kojeg želite da vam se prizna pravo na mirovinu

Ako Vam mirovinski staž u Republici Hrvatskoj nije u potpunosti utvrđen, popunite sljedeće podatke i priložite dokaze o tome.

Razdoblje od – do	Navedite naziv i adresu poslodavca ili drugu osnovu po kojoj ste bili osigurani

Jeste li radili na poslovima na kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem ili Vam se povećani staž računa po nekoj drugoj osnovi? Navedite razdoblja i priložite dokaze.

Razdoblje od – do	Navedite radno mjesto ili drugu osnovu prema kojoj je povećan staž

Navedite razdoblja, provedena izvan osiguranja, koja se u Republici Hrvatskoj priznaju u mirovinski staž (razdoblja provedena u Domovinskom ratu od 1990. do 1996., Hrvatskoj domovinskoj vojsci od 1941. do 1945., logoru, NOB-u, zatvoru kao politički zatvorenik) – priložite dokaze – rješenja

Razdoblje od – do	Dokazi

Imate li staž navršen izvan Republike Hrvatske? (priložite dokaze)

Razdoblje od – do	Država, naziv i adresa poslodavca

ISPLATA MIROVINE

Radi isplate mirovine na transakcijski odnosno tekući ili devizni račun priložite tiskanicu Ovlaštenje/Suglasnost koju je popunila banka u kojoj ste otvorili tekući ili devizni račun. Ako uz transakcijski račun imate otvoren račun zaštićenih primanja, u poslovnicu Financijske agencije (FINA) prijavite novu vrstu primanja i isplatitelja da bi Vam se mirovina isplaćivala na račun zaštićenih primanja koji će Zavod preuzeti od FINA-e razmjenom podataka.

AKO ZAHTJEV PODNOŠI SKRBNIK ILI OPUNOMOĆENIK

(obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć)

Prezime i ime skrbnika ili opunomoćenika

Adresa skrbnika ili opunomoćenika

U

_____ (mjesto)

_____ (datum)

Podnositelj zahtjeva

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

Upoznat sam da se moji osobni podaci obrađuju, prikupljaju, razmjenjuju, pohranjuju i prenose na temelju zakonskih odredbi radi ostvarivanja prava iz mirovinskog osiguranja u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka.

PODACI ZA KONTAKT

Tel.

Mob.

E-mail

PRILOZI:

Uz zahtjev za ostvarivanje prava na temelju invalidnosti:

1. prijedlog mjerodavnog doktora medicine za vještačenje radne sposobnosti osiguranika
2. opis poslova koje osiguranik obavlja, odnosno za koje je školovan
3. prijavu o ozljedi na radu koju je ovjerio Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
4. radnu knjižicu u izvorniku ili u ovjerenoj preslici
5. potvrdu o stažu osiguranja u uvećanom trajanju
6. ako je osiguranik radio u inozemstvu: izvorne pismene dokaze (karte osiguranja, pregled staža osiguranja, potvrde o zaposlenju, broj osiguranja stranog nositelja socijalnog osiguranja i dr.)
7. potvrdu o državljanstvu (presliku domovnice ili osobne iskaznice)
8. izvatke iz matice rođenih i vjenčanih, ako ste radili u inozemstvu
9. izvatke iz matice rođenih za svako dijete (ne stariji od 6 mjeseci)
10. potvrda o sudjelovanju u Domovinskom ratu – PS obrazac (ako ste bili sudionik Domovinskog rata)
11. potvrda o statusu hrvatskog branitelja – dragovoljca – BR obrazac (ako ste bili sudionik Domovinskog rata)

POSEBNO UPOZORENJE

Korisnik prava dužan je u roku od 15 dana prijaviti mjerodavnoj službi Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje svaku promjenu nastalu u osobnim ili stvarnim okolnostima, koja utječe na pravo ili opseg korištenja prava (sklapanje ugovora o radu, sklapanje braka, promjena adrese prebivališta, prijava adrese boravišta, prekid odnosno završetak redovitog školovanja i dr.)