

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI /
PODRUČNOM UREDU U

ZAHTEJEV ZA OdstUPANJE PREMA ČLANKU 16. UREDBE 883
APPLICATION FOR EXCEPTION ACCORDING TO ARTICLE 16
OF REGULATION 883/2004

Zahtjev za odstupanje podnosi se zbog:

PRODULJENJA RAZDOBLJA IZASLANJA

RAZDOBLJE POSTOJEĆEG IZASLANJA

OD

DO

Priložite presliku potvrde A1 za postojeće izaslanje (odnosno druge potvrde o izaslanju).

DRUGOG RAZLOGA, navedite status osobe

(npr. zaposlen, samozaposlen ili drugo)

NAVEDITE RAZLOGE (osim ekonomskih) ZBOG KOJIH TRAŽITE OdstUPANJE PREMA ČLANKU 16.
UREDBE 883

DRŽAVA SADAŠNJEG OSIGURANJA

DRŽAVA/DRŽAVE RADA

RAZDOBLJE ZA KOJE SE TRAŽI OdstUPANJE:

OD

DO

1. PODACI O OSIGURANIKU

IME PREZIME

PREZIME KOD ROĐENJA

SPOL MUŠKI ŽENSKI DATUM ROĐENJA

MJESTO ROĐENJA DRŽAVLJANSTVO

IME I PREZIME OCA

IME I PREZIME (ROĐENO) MAJKE

Navedite osobni identifikacijski broj za svaku državu članicu:

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)	DRŽAVA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADRESA PREBIVALIŠTA:

ULICA I BROJ

MJESTO

BROJ POŠTE DRŽAVA

KONTAKT ADRESA (popunjava se ako je različita od adrese prebivališta):

ULICA I BROJ

MJESTO

BROJ POŠTE DRŽAVA

PODACI ZA KONTAKT:

TELEFON E-MAIL

PODACI O MJESTU RADA:

NAZIV/IME I IMO BROJ BRODA	ADRESA	DRŽAVA

2. PODACI O POSLODAVCU (za zaposlene osobe)

NAZIV

REGISTARSKI BROJ (MB SUBJEKTA)

POREZNI BROJ (OIB)

BROJ ZA POTREBE SOCIJALNOG OSIGURANJA (REGOB)

ADRESA :

ULICA I BROJ

MJESTO

BROJ POŠTE DRŽAVA

DRŽAVA REGISTRIRANOG SJEDIŠTA

DRŽAVA U KOJOJ SE NALAZI GLAVNA UPRAVA

IME I PREZIME OSOBE ZA KONTAKT

TELEFON E-MAIL

Ako osoba ima dva ili više poslodavaca unesite podatke o drugim poslodavcima u donju tablicu.

NAZIV	ADRESA	DRŽAVA

1. PODACI O SAMOSTALNOJ DJELATNOSTI (za samozaposlene osobe)

NAZIV

REGISTARSKI BROJ (MB SUBJEKTA)

POREZNI BROJ (OIB)

BROJ ZA POTREBE SOCIJALNOG OSIGURANJA (REGOB)

ADRESA SJEDIŠTA :

ULICA I BROJ

MJESTO

BROJ POŠTE

DRŽAVA

PODACI ZA KONTAKT:

TELEFON

TELEFAKS

E-MAIL

POTVRDA PODATAKA:

IME I PREZIME ODGOVORNE OSOBE

POTPIS ODGOVORNE OSOBE

IME I PREZIME OSIGURANIKA

POTPIS

Na svaki zahtjev za odstupanje prema članku 16. osiguranik svojim potpisom daje suglasnost.

PEČAT

DATUM