

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