

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

Tiskanica M-1P

Mikrofilmski broj

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I
RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

01

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol

M1Ž2

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Grad / Općina mjesta rada-prebivališta

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Mjesto za odgovor

OIB obveznika doprinosa

6. Prezime i ime osiguranika

7. Osnova osiguranja

8. Datum stjecanja svojstva osiguranika

danmjesecgodina

9. Radno vrijeme osiguranika

10. Zanimanje

11. Razina stečene kvalifikacije

12. Razina potrebne kvalifikacije

13. Korisnik mirovine u osiguranju

NEDA

Starosna mirovina*

Invalid. zbog prof. nesp.

Invalid. zbog djel. nesp.

Invalidska mirovina zbog opće nesp. - ZOHBDR

Obiteljska mirovina

14. Status osobe s invaliditetom

NEDA

Osoba s invaliditetom (ZSOPT)**

Osoba s invaliditetom

15. Vrsta osnovice

16. Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

NEDA

Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici osobe s invaliditetom

Ugovor o radu sklopljen na:

17. Neodređeno vrijeme s punim radnim vremenom1s nepunim radnim vremenom3

Određeno vrijeme s punim radnim vremenom2s nepunim radnim vremenom4

18. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

* Popunjava se za korisnike: starosne mirovine, prijevremene starosne mirovine, starosne mirovine za dugogodišnjeg osiguranika ostvarene prema ZOMO i posebnim propisima.
** Zakon o stažu osiguranja s povećanim trajanjem

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

Tiskanica M-1P

POTVRDA OBVEZNIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

Mikrofilmski broj

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I
RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

01

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol

M1Ž2

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Grad / Općina mjesta rada-prebivališta

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Mjesto za odgovor

OIB obveznika doprinosa

6. Prezime i ime osiguranika

7. Osnova osiguranja

8. Datum stjecanja svojstva osiguranika

danmjesecgodina

9. Radno vrijeme osiguranika

10. Zanimanje

11. Razina stečene kvalifikacije

12. Razina potrebne kvalifikacije

13. Korisnik mirovine u osiguranju

NEDA

Starosna mirovina*

Invalid. zbog prof. nesp.

Invalid. zbog djel. nesp.

Invalidska mirovina zbog opće nesp. - ZOHBDR

Obiteljska mirovina

14. Status osobe s invaliditetom

NEDA

Osoba s invaliditetom (ZSOPT)**

Osoba s invaliditetom

15. Vrsta osnovice

16. Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

NEDA

Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici osobe s invaliditetom

Ugovor o radu sklopljen na:

17. Neodređeno vrijeme s punim radnim vremenom1s nepunim radnim vremenom3

Određeno vrijeme s punim radnim vremenom2s nepunim radnim vremenom4

18. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

* Popunjava se za korisnike: starosne mirovine, prijevremene starosne mirovine, starosne mirovine za dugogodišnjeg osiguranika ostvarene prema ZOMO i posebnim propisima.
** Zakon o stažu osiguranja s povećanim trajanjem

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

Tiskanica M-1P

POTVRDA OSIGURANIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

Mikrofilmski broj

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I
RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0 1

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Grad / Općina mjesta rada-prebivališta

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja Naziv i sjedište obveznika doprinosa

Mjesto za odgovor OIB obveznika doprinosa

6. Prezime i ime osiguranika

7. Osnova osiguranja

8. Datum stjecanja svojstva osiguranika dan mjesec godina

9. Radno vrijeme osiguranika

10. Zanimanje

11. Razina stečene kvalifikacije

12. Razina potrebne kvalifikacije

13. Korisnik mirovine u osiguranju NE DA Starosna mirovina* Invalid. zbog prof. nesp. Invalid. zbog djel. nesp. Invalidska mirovina zbog opće nesp. - ZOHBDR Obiteljska mirovina

14. Status osobe s invaliditetom NE DA Osoba s invaliditetom (ZSOPT)** Osoba s invaliditetom HRVI

15. Vrsta osnovice

16. Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem NE DA Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici osobe s invaliditetom

Ugovor o radu sklopljen na:

17. Neodređeno vrijeme s punim radnim vremenom 1 s nepunim radnim vremenom 3

Određeno vrijeme s punim radnim vremenom 2 s nepunim radnim vremenom 4

18. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA

- 1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE
- 2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA
DOPRINOSA I RADNIKA KOD
SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA
- 3 POLJOPRIVREDNIKA

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA OIB obveznika

6. Prezime i ime osiguranika

dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O PRESTANKU OSIGURANJA

POTVRDA OBVEZNIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol	M	1	Ž	2
-------------------------	---	---	---	---

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Datum stiecanja svojstva osiguranika

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

6. Prezime i ime osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestopa svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O PRESTANKU OSIGURANJA

POTVRDA OSIGURANIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0

2

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol	M	1	Ž	2
-------------------------	---	---	---	---

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Datum stiecanja svojstva osiguranika

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

6. Prezime i ime osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestopa svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

Popunjiva Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O PROMJENI TIJEKOM OSIGURANJA

1

radnika kod pravne osobe

2

samostalnog obveznika doprinosa i radnika kod sam. obveznika doprinosa

3

poljoprivrednika

6.

Prezime i ime osiguranika

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Naziv obilježja

7.

Grad / Općina mjesta rada-prebivališta

8.

Prezime i ime osiguranika

9.

Datum rođenja i spol

M

1

Ž

2

10.

Osobni identifikacijski broj osiguranika

11.

Registarski broj obveznika doprinosa

12.

Osnova osiguranja

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Radno vrijeme osiguranika

Datum promjene

17.

Zanimanje

18.

Razina stečene kvalifikacije

Datum promjene

19.

Razina potrebne kvalifikacije

Datum promjene

20.

Korisnik mirovine u osiguranju

NE

DA

Datum promjene

21.

Status osobe s invaliditetom

NE

DA

Datum promjene

22.

Vrsta osnovice

Datum promjene

23.

Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

Datum promjene

Ugovor o radu sklopljen na:

Neodređeno vrijeme

1

s punim radnim vrem.

3

s nepunim radnim vrem.

24.

Određeno vrijeme

2

s punim radnim vrem.

4

s nepunim radnim vrem.

Datum promjene

25.

Datum zaprimanja prijave

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0

3

1.

Osobni broj osiguranika

1.a

Osobni identifikacijski broj osiguranika

2.

Datum rođenja i spol

M

1

Ž

2

3.

Registarski broj obveznika doprinosa

4.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

5.

Matični broj poslovnog subjekta

6.

Prezime i ime osiguranika

OIB obveznika

Podaci koji se mijenjaju

dan

mjesec

godina

12.

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Radno vrijeme osiguranika

17.

Zanimanje

18.

Razina stečene kvalifikacije

19.

Razina potrebne kvalifikacije

20.

Korisnik mirovine u osiguranju

NE

DA

Datum promjene

21.

Status osobe s invaliditetom

NE

DA

Datum promjene

22.

Vrsta osnovice

23.

Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

Datum promjene

dan mjesec godina

12.

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Radno vrijeme osiguranika

17.

Zanimanje

18.

Razina stečene kvalifikacije

19.

Razina potrebne kvalifikacije

20.

Korisnik mirovine u osiguranju

NE

DA

Datum promjene

21.

Status osobe s invaliditetom

NE

DA

Datum promjene

22.

Vrsta osnovice

23.

Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

Datum promjene

24.

Određeno vrijeme

2

s punim radnim vrem.

4

s nepunim radnim vrem.

25.

Datum zaprimanja prijave

26.

Datum zaprimanja prijave

27.

Datum zaprimanja prijave

28.

Datum zaprimanja prijave

29.

Datum zaprimanja prijave

30.

Datum zaprimanja prijave

31.

Datum zaprimanja prijave

32.

Datum zaprimanja prijave

33.

Datum zaprimanja prijave

34.

Datum zaprimanja prijave

35.

Datum zaprimanja prijave

36.

Datum zaprimanja prijave

37.

Datum zaprimanja prijave

38.

Datum zaprimanja prijave

39.

Datum zaprimanja prijave

40.

Datum zaprimanja prijave

U _____,

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

PRIJAVA O PROMJENI TIJEKOM OSIGURANJA

POTVRDA OBVEZNIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1

radnika kod pravne osobe

2

samostalnog obveznika doprinosa i radnika kod sam. obveznika doprinosa

3

poljoprivrednika

6.

Prezime i ime osiguranika

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Naziv obilježja

7.

Grad / Općina mjesta rada-prebivališta

8.

Prezime i ime osiguranika

9.

Datum rođenja i spol

M

1

Ž

2

10.

Osobni identifikacijski broj osiguranika

11.

Registarski broj obveznika doprinosa

12.

Osnova osiguranja

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Radno vrijeme osiguranika

Datum promjene

17.

Zanimanje

18.

Razina stečene kvalifikacije

Datum promjene

19.

Razina potrebne kvalifikacije

Datum promjene

20.

Korisnik mirovine u osiguranju

NE

DA

Datum promjene

21.

Status osobe s invaliditetom

NE

DA

Datum promjene

22.

Vrsta osnovice

Datum promjene

23.

Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

Datum promjene

Ugovor o radu sklopljen na:

Neodređeno vrijeme

1

s punim radnim vrem.

3

s nepunim radnim vrem.

24.

Određeno vrijeme

2

s punim radnim vrem.

4

s nepunim radnim vrem.

Datum promjene

25.

Datum zaprimanja prijave

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0

3

1.

Osobni broj osiguranika

1.a

Osobni identifikacijski broj osiguranika

2.

Datum rođenja i spol

M

1

Ž

2

3.

Registarski broj obveznika doprinosa

4.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

5.

Matični broj poslovnog subjekta

OIB obveznika

Podaci koji se mijenjaju

dan

mjesec

godina

12.

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Datum promjene

17.

Zanimanje

18.

Datum promjene

19.

Datum promjene

20.

Datum promjene

21.

Datum promjene

22.

Datum promjene

23.

Datum promjene

Starosna mirovina*

Inv. zbog prof. nesp.

Inv. zbog djel. nesp.

Invalid. mirov. zbog opće nesposob. - ZOHBDR

Obiteljska mirovina

HRVI

Osoba s invaliditetom (ZSOPT)**

Osoba s invaliditetom

Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici osobe s invaliditetom

24.

Datum promjene

25.

Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

PRIJAVA O PROMJENI TIJEKOM OSIGURANJA

POTVRDA OSIGURANIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1

radnika kod pravne osobe

2

samostalnog obveznika doprinosa i radnika kod sam. obveznika doprinosa

3

poljoprivrednika

6.

Prezime i ime osiguranika

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Naziv obilježja

7.

Grad / Općina mjesta rada-prebivališta

8.

Prezime i ime osiguranika

9.

Datum rođenja i spol

M

1

Ž

2

10.

Osobni identifikacijski broj osiguranika

11.

Registarski broj obveznika doprinosa

12.

Osnova osiguranja

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Radno vrijeme osiguranika

Datum promjene

17.

Zanimanje

18.

Razina stečene kvalifikacije

Datum promjene

19.

Razina potrebne kvalifikacije

Datum promjene

20.

Korisnik mirovine u osiguranju

NE

DA

Datum promjene

21.

Status osobe s invaliditetom

NE

DA

Datum promjene

22.

Vrsta osnovice

Datum promjene

23.

Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

Datum promjene

24.

Ugovor o radu sklopljen na:

Neodređeno vrijeme

1

s punim radnim vrem.

3

s nepunim radnim vrem.

2

s punim radnim vrem.

4

s nepunim radnim vrem.

Datum promjene

25.

Datum zaprimanja prijave

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0

3

1.

Osobni broj osiguranika

1.a

Osobni identifikacijski broj osiguranika

2.

Datum rođenja i spol

M

1

Ž

2

3.

Registarski broj obveznika doprinosa

4.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

5.

Matični broj poslovnog subjekta

OIB obveznika

Podaci koji se mijenjaju

dan

mjesec

godina

12.

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Datum promjene

17.

Zanimanje

18.

Datum promjene

19.

Datum promjene

20.

Datum promjene

21.

Datum promjene

22.

Datum promjene

23.

Datum promjene

24.

Datum promjene

25.

Datum zaprimanja prijave

dan

mjesec

godina

12.

Datum promjene

13.

Datum stjecanja svojstva osiguranika

14.

Datum prestanka svojstva osiguranika

15.

Razlog prestanka

16.

Datum promjene

17.

Zanimanje

18.

Datum promjene

19.

Datum promjene

20.

Datum promjene

21.

Datum promjene

22.

Datum promjene

23.

Datum promjene

24.

Datum promjene

25.

Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

PRIJAVA O POČETKU POSLOVANJA OBVEZNIKA DOPRINOSA

- 1PRAVNA OSOBA
- 2SAMOSTALNI OBVEZNIK DOPRINOSA
- 3POLJOPRIVREDNIK

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

11

1.Registarski broj obveznika doprinosa

2.Osobni identifikacijski broj obveznika doprinosa

3.Matični broj poslovnog subjekta

4.Obveznik doprinosa

5.Grad / Općina sjedišta - prebivališta obveznika doprinosa

A. POPUNJAVAJU SVI OBVEZNICI DOPRINOSA

Naziv obilježja	Mjesto za odgovor
6. NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA	
7. Vrsta obveznika doprinosa	
8. Radno vrijeme poslodavca mjesec i godina važenja	
9. Djelatnost prema NKD	
10. Kontakt e-mail adresa obveznika	
11. Datum početka poslovanja	
12. Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice	
13. Ulica	
14. Kućni broj	
15. Pošta (broj i naziv)	

B. POPUNJAVAJU POSLODAVCI I SAMOSTALNI OBVEZNICI DOPRINOSA

16. Datum rođenja i spol M I _1_ I Ž I _2_ I/ Sistemski broj dodijeljen od Porezne uprave

17. Šifra grane djelatnosti

18. Mjesto stanovanja

19. Ulica

20. Kućni broj

21. Pošta (broj i naziv)

22. Obavijesti slati na: adresu rada: A adresu: B

23. Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti OD – DO

24. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnikaMjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O POČETKU POSLOVANJA OBVEZNIKA DOPRINOSA

- 1 PRAVNA OSOBA
- 2 SAMOSTALNI OBVEZNIK DOPRINOSA
- 3 POLJOPRIVREDNIK

POTVRDA O PODNESENOJ PRIJAVI

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

11

1. Registarski broj obveznika doprinosa

2. Osobni identifikacijski broj obveznika doprinosa

3. Matični broj poslovnog subjekta

4. Obveznik doprinosa

5. Grad / Općina sjedišta - prebivališta obveznika doprinosa

A. POPUNJAVAJU SVI OBVEZNICI DOPRINOSA

Naziv obilježja	Mjesto za odgovor
6. NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA	
7. Vrsta obveznika doprinosa	
8. Radno vrijeme poslodavca mjesec i godina važenja	
9. Djelatnost prema NKD	
10. Kontakt e-mail adresa obveznika	
11. Datum početka poslovanja	
12. Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice	
13. Ulica	
14. Kućni broj	
15. Pošta (broj i naziv)	

B. POPUNJAVAJU POSLODAVCI I SAMOSTALNI OBVEZNICI DOPRINOSA

16. Datum rođenja i spol M I _1_ I Ž I _2_ I/ Sistemski broj dodijeljen od Porezne uprave

17. Šifra grane djelatnosti

18. Mjesto stanovanja

19. Ulica

20. Kućni broj

21. Pošta (broj i naziv)

22. Obavijesti slati na: adresu rada: A adresu: B

23. Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti OD – DO

24. Datum zaprimanja prijave

U _____,

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

3 POLJOPRIVREDNIK

PRIJAVA O PROMJENI PODATAKA OBVEZNIKA DOPRINOSA

- 1 PRAVNA OSOBA
- 2 SAMOSTALNI OBVEZNIK DOPRINOSA
- 3 POLJOPRIVREDNIK

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

13

1. Registarski broj obveznika doprinosa

1.a Osobni identifikacijski broj obveznika doprinosa

2. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obveznika

A POPUNJAVAJU SVI OBVEZNICI DOPRINOSA

Naziv obilježja

Podaci koji se mijenjaju

3. Grad / Općina sjedišta - prebivališta obveznika doprinosa

4. OIB obveznika doprinosa

5. Obveznik doprinosa

6. NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA

7. Vrsta obveznika doprinosa

8. Radno vrijeme poslodavca mjesec i godina važenja

9. Djelatnost prema NKD

10. Kontakt e-mail adresa obveznika

11. Matični broj poslovnog subjekta

12. Datum početka/prestanka poslovanja

29

13. Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice

14. Ulica

15. Kućni broj

16. Pošta (broj i naziv)

B POPUNJAVAJU POSLODAVCI I SAMOSTALNI OBVEZNICI DOPRINOSA

17. Datum rođenja i spol M I _1_ I Ž I _2_ I/Sistemska broj dodijeljen od Porezne uprave

18. Šifra grane djelatnosti

19. Mjesto stanovanja

20. Ulica

21. Kućni broj

22. Pošta (broj i naziv)

23. Obavijesti slati na: adresu rada: A adresu: B

24. Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti OD – DO

25. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O PROMJENI PODATAKA OBVEZNIKA DOPRINOSA

POTVRDA O PODNESENOJ PRIJAVI

- 1 PRAVNA OSOBA
- 2 SAMOSTALNI OBVEZNIK DOPRINOSA
- 3 POLJOPRIVREDNIK

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

13

1. Registarski broj obveznika doprinosa

1.a Osobni identifikacijski broj obveznika doprinosa

2. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obveznika

A POPUNJAVAJU SVI OBVEZNICI DOPRINOSA

Naziv obilježja

Podaci koji se mijenjaju

3. Grad / Općina sjedišta - prebivališta obveznika doprinosa

4. OIB obveznika doprinosa

5. Obveznik doprinosa

6. NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA

7. Vrsta obveznika doprinosa

8. Radno vrijeme poslodavca mjesec i godina važenja

9. Djelatnost prema NKD

10. Kontakt e-mail adresa obveznika

11. Matični broj poslovnog subjekta

12. Datum početka/prestanka poslovanja

29

13. Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice

14. Ulica

15. Kućni broj

16. Pošta (broj i naziv)

B POPUNJAVAJU POSLODAVCI I SAMOSTALNI OBVEZNICI DOPRINOSA

17. Datum rođenja i spol M I _1_ I Ž I _2_ I/Sistemska broj dodijeljen od Porezne uprave

18. Šifra grane djelatnosti

19. Mjesto stanovanja

20. Ulica

21. Kućni broj

22. Pošta (broj i naziv)

23. Obavijesti slati na: adresu rada: A adresu: B

24. Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti OD – DO

25. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjara Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

- 1RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE
- 2SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I
RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol

M1Ž2

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. OIB obveznika doprinosa

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

6. Prezime i ime osiguranika

Datum stjecanja svojstva osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

Preračunato ukupno trajanje staža*

8. Datum zaprimanja prijave

U _____,

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnikaMjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA - PROMJENA PODATAKA O
UTVRĐENOM STAŽU OSIGURANJA I OSNOVICI

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I
RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

VRSTA PRIJAVE*	Ustrojstvena jedinica		
1. Osobni broj osiguranika			
1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika			
2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2			
3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa			
3.a Osobni identifikacijski broj obveznika			
4. Matični broj poslovnog subjekta / MBPS			
5. Godina na koju se odnosi prijava			
6. NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA			
7. PREZIME I IME OSIGURANIKA			
8. UTVRĐENI STAŽ OSIGURANJA mjeseci dana	Plaća ili osnovica osiguranja za određivanje mirovine		
9. sati rada***	sati bolovanja***		
10. 1. Naknada plaće n/t HZZO			
2. Naknada plaće n/t RH			
3. Naknada plaće n/t CZSS			
11. PODACI O STAŽU OSIGURANJA S POVEĆANIM TRAJANJEM			
1. Efektivno trajanje mjeseci dana	Poslovi-radna mjesta, zanimanja i osiguranici inv. osobe	Šifra staža	Razdoblje OD-DO dan/mjesec dan/mjesec
2.			
3.			
4.			
12. Datum zaprimanja prijave			

U _____, _____

Popunjavanje Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

*Vrsta prijave: 04 - prijava podataka o stažu i plaći; 08 - promjena podataka o stažu i plaći

05 - prijava podataka o stažu osiguranja i naknadi plaće za bolovanje po prestanku radnog odnosa

09 - promjena podataka o stažu osiguranja i naknadi plaće za bolovanje po prestanku radnog odnosa

**Upisuju se do 1990. svote u dinarima i parama, u 1991. i 1992. svote u hrvatskim dinarima i parama s ništicama u parama,
u 1993. svote u HRD-ima (bez para), od 1994. do 2022. svote u kunama i lipama, a od 2023. svote u eurima i centima.

***Sati rada i sati bolovanja upisuju se do 1998. a, svote naknada od 1999.

VRSTA PRIJAVE*

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa

3.a Osobni identifikacijski broj obveznika

4. Matični broj poslovnog subjekta / MBPS

5. Godina na koju se odnosi prijava

6. NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Ustrojstvena jedinica

7. PREZIME I IME OSIGURANIKA

8. UTVRĐENI STAŽ OSIGURANJA

9. sati rada***

10. 1. Naknada plaće n/t

10. 2. Naknada plaće n/t

10. 3. Naknada plaće n/t

11. PODACI O STAŽU OSIGURANJA S POVEĆANIM TRAJANJEM

12. Datum zaprimanja prijave

Plaća ili osnovica osiguranja za određivanje mirovine

1. mjeseci

2. dana

3. sati bolovanja***

4. HZZO

5. RH

6. CZSS

7. dan/mjesec

8. dan/mjesec

U

Popunjiva Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

*Vrsta prijave: 04 - prijava podataka o stažu i plaći; 08 - promjena podataka o stažu i plaći
05 - prijava podataka o stažu osiguranja i naknadi plaće za bolovanje po prestanku radnog odnosa
09 - promjena podataka o stažu osiguranja i naknadi plaće za bolovanje po prestanku radnog odnosa

**Upisuju se do 1990. svote u dinarima i parama, u 1991. i 1992. svote u hrvatskim dinarima i parama s ničicama u parama, u 1993. svote u HRD-ima (bez para), od 1994. do 2022. svote u kunama i lipama, a od 2023. svote u eurima i centima.

***Sati rada i sati bolovanja upisuju se do 1998. a, svote naknada od 1999.