

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-1P
PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA



ID prijave:

Obveznik:

Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)	
Kategorija osiguranika	
Radni nalog / ustrojstvena jedinica	
1. Osobni broj osiguranika/ice	
1.a. OIB osiguranika/ice	
2. Datum rođenja i spol	
Podaci o obvezniku	
3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa	
OIB obveznika	
4. Grad/općina mjesta rada - prebivališta	
5. Matični broj poslovnog subjekta	
Naziv i sjedište obveznika doprinosa	
Podaci o osiguraniku/ici	
6. Prezime i ime osiguranika	
7. Osnova osiguranja	
8. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice	
9. Dnevno radno vrijeme osiguranika/ice	
10. Zanimanje	
Pobliže određenje zanimanja	
11. Razina stečene kvalifikacije	
12. Razina potrebne kvalifikacije	
13. Korisnik/ca mirovine u osiguranju	
14. Status osobe s invaliditetom	
15. Vrsta osnovice	
16. Radno mjesto, zanimanje osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem / Naziv radnog mjesta, zanimanja i i osiguranici osobe s invaliditetom	
17. Ugovor o radu sklopljen na	
18. Mjesto i datum:	
19. Datum i vrijeme obrade:	
Elektronički potpis (obveznik):	Vrijeme prijema:
Elektronički potpis (HZMO):	Vrijeme obrade:

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-2P
PRIJAVA O PRESTANKU OSIGURANJA



ID prijave:

Obveznik:

Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)

- Kategorija osiguranika
- Radni nalog / ustrojstvena jedinica
1. Osobni broj osiguranika/ice
- 1a. OIB osiguranika/ice
2. Datum rođenja i spol

Podaci o obvezniku

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa
- OIB obveznika
4. Matični broj poslovnog subjekta
- Naziv i sjedište obveznika doprinosa

Podaci o osiguraniku/ici

5. Prezime i ime osiguranika
6. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice
7. Datum prestanka svojstva osiguranika/ice
8. Razlog prestanka svojstva osiguranika/ice

9. Mjesto i datum:
10. Datum i vrijeme obrade:

Elektronički potpis (obveznik): Vrijeme prijema:

Elektronički potpis (HZMO): Vrijeme obrade:

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-3P
PRIJAVA O PROMJENI TIJEKOM OSIGURANJA



ID prijave:

Obveznik:

Osnovni podaci	
Kategorija osiguranika	
Radni nalog / ustrojstvena jedinica	
1. Osobni broj osiguranika/ice	
1.a OIB osiguranika/ice	
2. Datum rođenja i spol	
3. Registarski broj obveznika doprinosa	
OIB obveznika	
Naziv i sjedište obveznika doprinosa	
4. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice	
5. Matični broj poslovnog subjekta	
6. Prezime i ime osiguranika	
Podaci koji se mijenjaju	
7. Grad/općina mjesta rada - prebivališta	
8. Prezime / Ime osiguranika (izmjena)	
9. Datum rođenja i spol (izmjena)	
10. Registarski broj obveznika doprinosa (izmjena)	
11. Osnova osiguranja	
13. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice (izmjena)	
14. Datum prestanka svojstva osiguranika/ice	
15. Razlog prestanka svojstva osiguranika/ice	
16. Dnevno radno vrijeme osiguranika/ice	
17. Zanimanje	
Pobliže određenje zanimanja	
18. Razina stečene kvalifikacije	
19. Razina potrebne kvalifikacije	
20. Korisnik/ca mirovine u osiguranju	
21. Status osobe s invaliditetom	
22. Vrsta osnovice	
23. Radno mjesto, zanimanje, osiguranici/ice osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem	
Naziv radnog mjesta i zanimanja	
24. Ugovor o radu sklopljen na	
25. Mjesto i datum:	
26. Datum i vrijeme obrade:	
Elektronički potpis (obveznik):	Vrijeme prijema:
Elektronički potpis (HZMO):	Vrijeme obrade:

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-11P
PRIJAVA O POČETKU POSLOVANJA OBVEZNIKA DOPRINOSA



ID prijave:

Obveznik:

Podaci o obvezniku

Kategorija obveznika
Radni nalog / ustrojstvena jedinica
1. RegistarSKI broj obveznika doprinosa
2. OIB obveznika
3. Matični broj poslovnog subjekta
4. Tip obveznika doprinosa
5. Grad/općina sjedišta-prebivališta obveznika 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. Datum početka poslovanja
12. Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice (adresa A)
13. Ulica (adresa A)
14. Kućni broj (adresa A)
15. Poštanski broj (adresa A)
Naziv pošte (adresa A)
16. Datum rođenja i spol / Sistemski broj dodijeljen od Porezne uprave
17. Šifra grane djelatnosti
18. Mjesto stanovanja (adresa B)
19. Ulica (adresa B)
20. Kućni broj (adresa B)
21. Poštanski broj (adresa B)
Naziv pošte (adresa B)
22. Obavijest slati na adresu
23. Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti (od - do)
24. Mjesto i datum:
25. Datum i vrijeme obrade:
Elektronički potpis (obveznik): Vrijeme prijema:
Elektronički potpis (HZMO):

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-12P
PRIJAVA O PRESTANKU POSLOVANJA OBVEZNIKA DOPRINOSA



ID prijave:

Obveznik:

Podaci o obvezniku

Kategorija obveznika
Radni nalog / ustrojstvena jedinica
1. RegistarSKI broj obveznika doprinosa
1.a. OIB obveznika
2. Matični broj poslovnog subjekta
3. Naziv obveznika doprinosa
4. Datum prestanka poslovanja

5. Mjesto i datum:
6. Datum i vrijeme obrade:

Elektronički potpis (obveznik): Vrijeme prijema:

Elektronički potpis (HZMO):

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-13P
PRIJAVA O PROMJENI PODATAKA OBVEZNIKA DOPRINOSA



ID prijave:

Obveznik:

Podaci o obvezniku	
Kategorija obveznika	
Radni nalog / ustrojstvena jedinica	
1. RegistarSKI broj obveznika doprinosa	
1.a. OIB obveznika	
2. Matični broj poslovnog subjekta	
Naziv obveznika doprinosa	
Podaci koji se mijenjaju	
3. Grad/općina sjedišta-prebivališta obveznika doprinosa	
4. OIB izmjena	
5. Tip obveznika doprinosa	
6. Naziv obveznika doprinosa (izmjena)	
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 (izmjena)	
12. Datum početka poslovanja	
13. Datum prestanka poslovanja	
14. Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice (adresa A)	
15. Ulica (adresa A)	
16. Kućni broj (adresa A)	
17. Poštanski broj (adresa A)	
Naziv pošte (adresa A)	
18. Datum rođenja i spol / Sistemski broj dodijeljen od Porezne uprave	
19. Šifra grane djelatnosti	
20. Mjesto stanovanja (adresa B)	
21. Ulica (adresa B)	
22. Kućni broj (adresa B)	
23. Poštanski broj (adresa B)	
Naziv pošte (adresa B)	
24. Obavijest slati na adresu	
23. Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti (od - do)	
24. Brisanje razdoblja sezonskog obavljanja djelatnosti	
26. Mjesto i datum:	
27. Datum i vrijeme obrade:	
Elektronički potpis (obveznik):	Vrijeme prijema:
Elektronički potpis (HZMO):	Vrijeme obrade:

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

Obrazac eM-SEZ

PRIJAVA/PROMJENA O PRERAČUNATOM TRAJANJU STAŽA NA SEZONSKIM POSLOVIMA



ID prijave:

Obveznik:

		Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)	
Kategorija osiguranika			
Radni nalog / ustrojstvena jedinica			
1. Osobni broj osiguranika/ice			
1a. OIB osiguranika/ice			
2. Datum rođenja i spol			
		Podaci o obvezniku	
3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa			
OIB obveznika			
4. Matični broj poslovnog subjekta			
Naziv i sjedište obveznika doprinosa			
		Podaci o osiguraniku/ici	
5. Prezime i ime osiguranika			
6. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice			
7. Datum prestanka svojstva osiguranika/ice			
8. Preračunato ukupno trajanje staža (godina/mjesec/dan)			
9. Mjesto i datum:			
10. Datum i vrijeme obrade:			
Elektronički potpis (obveznik):		Vrijeme prijema:	
Elektronički potpis (HZMO):		Vrijeme obrade:	

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

Obrazac eMPP-1

PRIJAVA-PROMJENA PODATAKA O UTVRĐENOM STAŽU OSIGURANJA I OSNOVICI



ID obrasca:

Obveznik:

								Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)							
Kategorija osiguranika															
Ustrojstvena jedinica															
Vrsta prijave															
1. Osobni broj osiguranika															
1a. OIB osiguranika															
2. Datum rođenja i spol															
								Podaci o obvezniku							
3. Registarski broj obveznika doprinosa															
3a. OIB obveznika															
4. Matični broj poslovnog subjekta															
5. Godina na koju se odnosi prijava															
6. Naziv i sjedište obveznika doprinosa															
								Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)							
7. Prezime i ime osiguranika															
8. Utvrđeni staž osiguranja (mjeseci/dana)															
Plaća ili osnovica za određivanje mirovine															
9.Sati rada															
Sati bolovanja															
10.Naknade na teret															
HZZO															
RH															
CZSS															
11. Podaci o stažu osiguranja s povećanim trajanjem															
Efektivno trajanje		Poslovi-radno mjesto zanimanje, status osobe s invaliditetom				Šifra staža		Razdoblje od		Razdoblje do					
Mjeseci	Dana						Dan	Mjesec	Dan	Mjesec					
12. Mjesto i datum:															
Elektronički potpis (obveznik):				Vrijeme prijema:				Elektronički potpis (HZMO):				Vrijeme obrade:			