

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI/PODRUČNOM UREDU

SREDIŠNJOJ SLUŽBI

**ZAHTJEV O UTVRĐIVANJU SVOJSTVA OSIGURANIKA-OSOBE S INVALIDITETOM
RADI RAČUNANJA STAŽA OSIGURANJA S POVEĆANIM TRAJANJEM PREMA ČLANKU 26. ZAKONA O
STAŽU OSIGURANJA S POVEĆANIM TRAJANJEM (N.N. 115/18)**

PREZIME (ime oca) I IME

DJEVOJAČKO PREZIME

DATUM ROĐENJA

MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)

SPOL

Muški Ženski

OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)

ADRESA BORAVIŠTA

ADRESA PREBIVALIŠTA

DRŽAVLJANSTVO

Je li vam u Republici Hrvatskoj već priznato pravo iz mirovinskog osiguranja?

DA NE

Koje pravo vam je priznato?

Služba koja je donijela rješenje

Broj i datum rješenja

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju (naziv i adresa poslodavca)

U , datum

Podaci za kontakt:

Tel.

Mob:

e-mail:

Podnositelj zahtjeva

Priložiti: - medicinsku dokumentaciju