

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI /
PODRUČNOM UREDU U

SREDIŠNJOJ SLUŽBI

ZAHTJEV ZA PRIZNANJE PRAVA NA NAKNADU ZBOG TJELESNOG OŠTEĆENJA

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
i/ili doplatak za djecu?

DA NE

Koje pravo vam je priznato?

Služba koja je donijela rješenje

Broj i datum rješenja

Imate li status HRVI-a? (priložite presliku rješenja)

DA NE

Je li vam za isti slučaj tjelesnog oštećenja već priznato pravo na naknadu prema drugim
propisima? (priložite presliku rješenja)

DA NE

Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani
po nekoj drugoj osnovi? (kojoj)

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju (naziv i adresa poslodavca)

Označite uzrok tjelesnog oštećenja (ako je uzrok ozljeda na radu, priložite prijavu o ozljedi na radu).

ozljeda na radu

profesionalna bolest

bolest

ozljeda izvan rada

ISPLATA NAKNADE

Radi isplate naknade priložite tiskanice «ovlaštenje/suglasnost» koju je popunila i ovjerila banka u kojoj ste otvorili račun.

AKO ZAHTJEV PODNOSI SKRBNIK ILI OPUNOMOĆENIK, NAVEDITE

(Obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć)

Prezime i ime skrbnika ili opunomoćenika

Adresa skrbnika ili opunomoćenika

U , datum

Podaci za kontakt

tel.:

mob.:

e-mail:

Podnositelj zahtjeva *

* Svojim potpisom odgovaram za točnost navedenih podataka te dajem suglasnost HZMO-u za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama.