

**HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE**
PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

1 – radnika kod pravne osobe	Radni nalog / ustrojstvena jedinica	0 1
	1 Osobni broj osiguranika	
	1a Osobni identifikacijski broj osiguranika	
	2 Matični broj građana / datum rođenja i spol MI_1_I Ž I_2_I	
	3 RegistarSKI broj obveznika doprinosa	
2 – samostalnog obveznika doprinosa i radnika kod sam. obveznika doprinosa	4 Općina mjesta rada - prebivališta	
3 – poljoprivrednika	5 Matični broj poslovnog subjekta	

R.br.	Naziv obilježja	Mjesto za odgovor	OIB obveznika
	NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA		
			Djelatnost prema NKD
6	Prezime i ime osiguranika		
7	Osnova osiguranja		
8	Datum stjecanja svojstva osiguranika	dan	mjesec
			godina
9	Radno vrijeme osiguranika		
10	Zanimanje		
11	Najviša završena škola		
12	Stručno obrazovanje		
13	Stručna sprema za obavljanje poslova		
14	Korisnik mirovine u osiguranju	Ne	Da
			Starosna mirovina
			Inv. zbog prof. nesp.
			Inv. zbog djel. nesp.
15	Status osobe s invaliditetom	Ne	Da
			HRVI
			Invalidna osoba
			Osoba s invalidnošću
16	Vrsta osnovice		
17	Radno mjesto, zanimanje, osiguranici invalidne osobe kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem	Ne	Da
			Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici invalidne osobe
18	Ugovor o radu sklopljen na :		
	Neodređeno vrijeme	s punim radnim vr.	1
		s nepunim radnim .vr.	3
	Određeno vrijeme	s punim radnim. vr.	2
		s nepunim radnim. vr.	4
19	Datum zaprimanja prijave		

U _____, _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

Mikrofilmski broj

**HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE
PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA**

		Radni nalog / ustrojstvena jedinica	0 2		
1 – radnika kod pravne osobe		1	Osobni broj osiguranika		
2 – samostalnog obveznika doprinosa i radnika kod samostalnog obveznika doprinosa		1a	Osobni identifikacijski broj osiguranika		
3 - poljoprivrednika		2	Matični broj građana/ datum rođenja i spol M 1 Ž 2		
		3	Registarski broj obveznika doprinosa		
		4	Datum stjecanja svojstva osiguranika		
		5	Matični broj poslovnog subjekta		
R. br	Naziv obilježja	Mjesto za odgovor			
	NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA	OIB obveznika			
6	Prezime i ime osiguranika				
7	Datum prestanka svojstva osiguranika	dan	mjesec	godina	
8	Razlog prestanka svojstva osiguranika				
9	Datum zaprimanja prijave				

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U _____, _____

M.P. _____

Potpis obveznika podnošenja prijave

Ako se u obilježje 2 unosi podatak o datumu rođenja i spolu u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol.

**HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE**

**PRIJAVA O PROMIJENI TIJEKOM
OSIGURANJA**

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-3P

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		0 3	
1	Osobni broj osiguranika		
1a	Osobni identifikacijski broj osiguranika		
2	Matični broj građana / datum rođ. i spol M 1 Ž 2		
3	Registarski broj obveznika doprinosa		
4	Datum stjecanja svojstva osiguranika		
5	Matični broj poslovnog subjekta		

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		OIB obveznika

R.br.	Naziv obilježja	PODACI KOJI SE MIJENJAJU	
7	Općina mjesta rada-prebivališta		
8	Prezime i ime osiguranika		
9	Matični broj građana / datum rođenja i spol M 1 Ž 2		
10	Osobni identifikacijski broj osiguranika		
11	Registarski broj obveznika doprinosa		

		DAN	MJESEC	GODINA		
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	Najviša završena škola					
19	Stručno obrazovanje					
	Datum promjene					
20	Stručna sprema za obavljanje poslova					
	Datum promjene					
21	Korisnik mirovine u osiguranju NE DA	Starosna mirovina	Inv. zbog prof.nesp.	Inv. zbog djelom.nes.		
	Datum promjene					
22	Status osobe s invaliditetom NE DA	HRVI	Invalidna osoba	Osoba s invalidnošću		
	Datum promjene					
23	Vrsta osnovice					
	Datum promjene					
24	Radno mjesto, zanimanje i osig. inv. osobe kojima se staž osig. računa s povećanim trajanjem	Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici invalidne osobe				
	Datum promjene					
25	Ugovor o radu sklopljen na:					
	Neodređeno vrijeme	s punim radn.vr. 1 s nepunim radn.vr.3	Određeno vrijeme	s punim radn. vr. 2 s nepunim radn. vr. 4		
26	Datum zaprimanja prijave					

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U _____
M.P. _____
Potpis obveznika podnošenja prijave

Ako se u obilježje 2 i 9 unosi podatak o datumu rođenja i spolu u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol.

**PRIJAVA O POČETKU POSLOVANJA
OBVEZNIKA DOPRINOSA**

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		1 1	
1	Registarski broj obveznika doprinosa		
2	Osobni identifikacijski broj obveznika		
3	Matični broj poslovnog subjekta		
4	Obveznik doprinosa		
5	Općina sjedišta odnosno prebivališta obveznika doprinosa		

1 - Pravna osoba

2 -Samostalni obveznik doprinosa

3 -Poljoprivrednik

A. Popunjavaju svi obveznici doprinosa

R.br.	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	Matični broj građana / datum rođenja i spol M _1_ Ž _2_ / Sistemski broj dodijeljen od Porezne uprave	
17	Šifra grane djelatnosti	
18	Mjesto stanovanja	
19	Ulica	
20	Kućni broj	
21	Pošta (broj i naziv)	
22	Obavijest slati na: adresu rada: A adresu: B	
23	Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti OD – DO	
24	Datum zaprimanja prijave	

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U _____, _____

M.P.

_____ Potpis obveznika podnošenja prijave

Ako se u obilježje 17 unosi podatak o datumu rođenja i spolu u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol.

**HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE**
PRIJAVA O PRESTANKU POSLOVANJA
OBVEZNIKA DOPRINOSA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		1 2	
1	Registarski broj obveznika doprinosa		
1a	Osobni identifikacijski broj obveznika		
2	Matični broj poslovnog subjekta		

1 Pravna osoba
2 Samostalni obveznik doprinosa
3 Poljoprivrednik

R. br.	NAZIV OBILJEŽJA	MJESTO ZA ODGOVOR
3	NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA	
4	Datum prestanka poslovanja	
5	Datum zaprimanja prijave	

U _____, _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave

M.P.

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
**PRIJAVA O PROMJENI PODATAKA
OBVEZNIKA DOPRINOSA**

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		1 3	
1	Registarski broj obveznika doprinosa		
1a	Osobni identifikacijski broj obveznika		
2	Matični broj poslovnog subjekta		

1 Pravna osoba	Naziv obveznika
2 Samostalni obveznik doprinosa	
3 Poljoprivrednik	

A. Popunjavaju svi obveznici doprinosa

R.br.	NAZIV OBILJEŽJA	PODACI KOJI SE MIJENJAJU	
3	Općina sjedišta – prebivališta obveznika doprinosa		
4	Osobni identifikacijski broj obveznika		
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	Matični broj građana / datum rođenja i spol M I 1 I Ž I 2 I /Sistemski 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		

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U _____, _____

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

