

HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJEPRIJAVA O PROMJENI
TIJEKOM OSIGURANJA

- 1** radnika kod pravne osobe
samostalnog obveznika
2 doprinosi i radnika kod sam.
obveznika doprinosi
3 poljoprivrednika

6. Prezime i ime osiguranika

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

Naziv obilježja

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 doprinosi

Osnova osiguranja

12. Datum promjene

13. Datum stjecanja svojstva osiguranika

14. Datum prestanka svojstva osiguranika

15. Razlog prestanka

Radno vrijeme osiguranika

16. Datum promjene

17. Zanimanje

18. Najviša završena škola

Stručno obrazovanje

19. Datum promjene

Stručna sprema za obavljanje poslova

20. Datum promjene

21. Korisnik mirovine u
osiguranju **NE** **DA**

Datum promjene

22. Status osobe
s invaliditetom **NE** **DA**

Datum promjene

23. Vrsta osnovice

Datum promjene

24. Radno mjesto, zanimanje i
osiguranici invalidne osobe
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.25. Određeno vrijeme **2** s punim radnim vrem. **4** s nepunim radnim vrem.

Datum promjene

26. Datum zaprimanja prijave

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0 3

Tiskanica M-3P

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Matični broj građana /
datum rođenja i spol M **1** Ž **2**

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosi

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

5. Matični broj poslovnog subjekta

OIB obveznika

Podaci koji se mijenjaju

dan mjesec godina

12. Osnova osiguranja

Datum promjene

13. Datum stjecanja svojstva osiguranika

14. Datum prestanka svojstva osiguranika

15. Razlog prestanka

Radno vrijeme osiguranika

16. Datum promjene

17. Zanimanje

18. Najviša završena škola

Stručno obrazovanje

19. Datum promjene

Stručna sprema za obavljanje poslova

20. Datum promjene

21. Korisnik mirovine u
osiguranju **NE** **DA**

Datum promjene

22. Status osobe
s invaliditetom **NE** **DA**

Datum promjene

23. Vrsta osnovice

Datum promjene

24. Radno mjesto, zanimanje i
osiguranici invalidne osobe
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.25. Određeno vrijeme **2** s punim radnim vrem. **4** s nepunim radnim vrem.

Datum promjene

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.

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PRIJAVA O PRESTANKU POSLOVANJA OBVEZNIKA DOPRINOSA

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-12P

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

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

1

2

1. RegistarSKI broj obveznika doprinosa

1.a Osobni identifikacijski broj obveznika

2. Matični broj poslovnog subjekta

R.br. Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

3 NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA

4 Datum prestanka poslovanja

 . .

5 Datum zaprimanja prijave

 . .

U _____, _____

Popunjiva Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata
---------------------------	---------------

Potpis obveznika podnošenja prijave

M.P.

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-13P

 1 PRAVNA OSOBA

PRIJAVA O PROMJENI PODATAKA OBVEZNIKA DOPRINOSA

 2 SAMOSTALNI OBVEZNIK DOPRINOSA

 3 POLJOPRIVREDNIK

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

 1 3

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. 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. 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

Ako se u obilježje 18 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

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-SEZ

PRIJAVA – PROMJENA
**O PRERAČUNATOM TRAJANJU STAŽA
NA SEZONSKIM POSLOVIMA**
1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA I
RADNIKA KOD SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica	<input type="text"/>
1. Osobni broj osiguranika	<input type="text"/>
1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika	<input type="text"/>
2. Matični broj građana / datum rođenja i spol	M <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Ž <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa	<input type="text"/>
4. OIB obveznika doprinosa	<input type="text"/>
5. Matični broj poslovnog subjekta	<input type="text"/>

Naziv obilježja

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

6. Prezime i ime osiguranika	<input type="text"/>
Datum stjecanja svojstva osiguranika	<input type="text"/>
7. Datum prestanka svojstva osiguranika	<input type="text"/>
Preračunato ukupno trajanje staža*	<input type="text"/>
8. Datum zaprimanja prijave	<input type="text"/>

U _____, _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____ Potpis odgovornog radnika	_____ Mjesto pečata

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

*Napomena: ubilježava se trajanje staža osiguranja za prijavno-odjavno razdoblje zajedno s pribrojenim stažem osiguranja za vrijeme obavljanja sezonskih poslova.

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-1P

- 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. Matični broj građana / datum rođenja i spol M **1** Ž **2**

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Općina mjesta rada - prebivališta

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB 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
Invalid. zbog prof. nesp.
Invalid. 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

Ugovor o radu sklopljen na:

18. Neodređeno vrijeme s punim radnim vremenom **1** s nepunim radnim vremenom **3**Određeno vrijeme s punim radnim vremenom **2** s nepunim radnim vremenom **4**

19. Datum zaprimanja prijave

U _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

Ako se u obilježju 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
PRESTANKU - POČETKU
OSIGURANJA ZA VIŠE
OSIGURANIKA

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-1PK

- Radni nalog / ustrojstvena jedinica
1. Registarski broj obveznika doprinosa - **prethodni**
- 1.a Osobni identifikacijski broj obveznika doprinosa - **prethodni**
2. Datum prestanka svojstva osiguranika
3. Registarski broj obveznika doprinosa - **novi**
- 3.a Osobni identifikacijski broj obveznika - **novi**
4. Matični broj poslovnog subjekta
5. Datum stjecanja svojstva osiguranika
6. Općina rada

Naziv i sjedište obveznika doprinosa prethodni

Naziv i sjedište obveznika doprinosa

R.br.	OSOBNI BROJ	IME I PREZIME	MBG / datum rođenja i spol
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Datum zaprimanja

U _____,

M.P. _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave

Ako se umjesto MBG-a osiguranika unosi podatak o datumu rođenja i spolu, u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol, M: 1, Ž: 2.