

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI,
PODRUČNOM UREDU U

UREDU ZA PROVEDBU MEĐUNARODNIH UGOVORA I PRAVNIH PROPISA EUROPSKE UNIJE

ZAHTJEV ZA PRIZNANJE PRAVA NA

INVALIDSKU MIROVINU

IZ

HRVATSKOG MIROVINSKOG OSIGURANJA

I/ILI

OSIGURANJA DRŽAVE ČLANICE/DRŽAVA ČLANICA EUROPSKE UNIJE, EUROPSKOG GOSPODARSKOG PROSTORA¹

I/ILI

ŠVICARSKE

I/ILI

OSIGURANJA DRŽAVE/DRŽAVA S KOJOM REPUBLIKA HRVATSKA IMA SKLOPLJEN MEĐUNARODNI UGOVOR O SOCIJALNOM OSIGURANJU

PROFESIONALNU REHABILITACIJU

PREZIME (ime oca) I IME

DJEVOJAČKO PREZIME

DATUM ROĐENJA

MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)

MATIČNI BROJ GRAĐANA

SPOL

 MUŠKI ŽENSKI

OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)

ADRESA PREBIVALIŠTA

ADRESA BORAVIŠTA

DRŽAVLJANSTVO

¹ Države EU/EGP: Njemačka, Austrija, Belgija, Bugarska, Cipar, Danska, Španjolska, Estonija, Finska, Francuska, Velika Britanija, Grčka, Mađarska, Irska, Island, Italija, Litva, Latvija, Lihtenštajn, Luksemburg, Malta, Norveška, Nizozemska, Poljska, Portugal, Češka, Rumunjska, Slovačka, Slovenija, Švedska.

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

Jeste li radili izvan Republike Hrvatske? DA NE

U kojim državama?

Primate li već kakvu mirovinu ostvarenu izvan Republike Hrvatske? DA NE

Vrsta mirovine (priložite presliku rješenja)

Država u kojoj je ostvareno pravo

Jeste li (priložite presliku dokumenata o navedenom svojstvu/statusu):

- hrvatski branitelj iz Domovinskog rata DA NE
- osoba koja obavlja poslove razminiranja DA NE
- radnik koji je profesionalno izložen azbestu DA NE
- bivši politički zatvorenik DA NE
- redoviti član HAZU-a DA NE
- pripadnik djelatnog sastava Hrvatske vojske (HV) DA NE
- ovlaštena službena osoba (MUP) DA NE
- zastupnik u Hrvatskom saboru, sudac Ustavnog suda RH, član Vlade RH,
ili glavni državni revizor DA NE
- pripadnik Hrvatske domovinske vojske (domobran) DA NE
- sudionik NOR-a DA NE
- pripadnik bivše JNA? DA NE

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

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju (naziv i adresa poslodavca)

Navedite datum od kojeg želite da vam se prizna pravo na mirovinu

Ako vam mirovinski staž navršen u Republici Hrvatskoj nije u potpunosti utvrđen ili upisan u radnu knjižicu, popunite sljedeće podatke i priložite dokaze o tome:

| Razdoblje od-do | | Navedite naziv i adresu poslodavca ili drugu osnovu po kojoj ste bili osigurani |
|-----------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Jeste li radili na poslovima na kojima se staž osiguranja računa s **povećanim trajanjem** ili vam se povećani staž računa po nekoj drugoj osnovi? Navedite razdoblja i priložite dokaze.

| Razdoblje od-do | | Navedite radno mjesto ili drugu osnovu za povećanje staža |
|-----------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Navedite razdoblja provedena izvan osiguranja koje se u Republici Hrvatskoj priznaju u mirovinski staž (razdoblja provedena u Domovinskom ratu od 1990. do 1996., Hrvatskoj domovinskoj vojsci od 1941. do 1945., logoru, NOB-u, zatvoru kao politički zatvorenik) – priložite dokaze – rješenja.

| Razdoblje od-do | | Dokazi |
|-----------------|--|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Imate li staž navršen **izvan Republike Hrvatske**? (priložite dokaze)

| Razdoblje od-do | | Država, naziv i adresa poslodavca |
|-----------------|--|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ISPLATA MIROVINE:

Želite li da vam se mirovina isplaćuje: preko poslovne banke* na kućnu adresu

*Priložite tiskanicu »ovlaštenje/suglasnost« koju je popunila i ovjerila banka u kojoj ste otvorili račun.

Želite li da se mirovina isplaćuje opunomoćeniku? ** DA NE

** Obvezno priložite punomoć za primanje mirovine.

Prezime i ime opunomoćenika za isplatu

Adresa opunomoćenika za isplatu

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

Podnositelj zahtjeva

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

Podaci za kontakt tel.:

mob.:

e-mail:

PRILOZI:

Uz zahtjev za ostvarivanje prava na temelju invalidnosti:

1. prijedlog mjerodavnog doktora medicine za vještačenje radne sposobnosti osiguranika
2. opis poslova koje osiguranik obavlja, odnosno za koje je školovan
3. prijavu o ozljedi na radu koju je ovjerio Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
4. radnu knjižicu u izvorniku ili u ovjerenj preslici
5. potvrdu o stažu osiguranja u uvećanom trajanju
6. ako je osiguranik radio u inozemstvu: izvorne pismene dokaze (karte osiguranja, pregled staža osiguranja, potvrde o zaposlenju, broj osiguranja stranog nositelja socijalnog osiguranja i dr.)
7. potvrdu o državljanstvu (presliku domovnice ili osobne iskaznice)
8. izvatke iz matice rođenih i vjenčanih

POSEBNO UPOZORENJE

Korisnik prava dužan je u roku od 15 dana prijaviti mjerodavnoj službi Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje svaku promjenu nastalu u osobnim ili stvarnim okolnostima, koja utječe na pravo ili opseg korištenja prava (sklapanje ugovora o radu, sklapanje braka, promjena adrese prebivališta, prijava adrese boravišta, prekid odnosno završetak redovitog školovanja i dr.)