

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI,
PODRUČNOM UREDU U

UREDU ZA PROVEDBU MEĐUNARODNIH UGOVORA I PRAVNIH PROPISA EUROPSKE UNIJE

ZAHTEJEV ZA PRIZNANJE PRAVA NA OBITELJSKU 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

UPIŠITE PODATKE O UMRLOM OSIGURANIKU ILI KORISNIKU:

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

DATUM SMRTI

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 umrlom u Republici Hrvatskoj već priznato pravo iz mirovinskog osiguranja i/ili doplatka za djecu? DA NE

Koje pravo je priznato?

Služba koja je donijela rješenje

Broj i datum rješenja

Je li umrli radio izvan Republike Hrvatske? DA NE

U kojim državama?

Je li već primao kakvu mirovinu ostvarenu izvan Republike Hrvatske? DA NE

Vrsta mirovine (priložite presliku rješenja)

Država u kojoj je ostvareno pravo

Je li umrli bio: (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

Je li umrli bio u radnom odnosu ili osiguran po nekoj drugoj osnovi? (kojoj)

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju umrlog (naziv i adresa poslodavca)

Označite uzrok smrti (ako je uzrok ozljeda na radu, priložite prijavu o ozljedi na radu)

bolest ozljeda izvan rada ozljeda na radu profesionalna bolest

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

Ako mirovinski staž umrlog 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je li umrli radio na poslovima na kojima se staž osiguranja računa **s povećanim trajanjem** ili mu se povećani staž računao po nekoj drugoj osnovi? Navedite razdoblja i priložite dokaze.

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

Navedite razdoblja, koja je umrli proveo izvan osiguranja, koja 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

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

Razdoblje od-do		Država, naziv i adresa poslodavca

UPIŠITE PODATKE O ČLANOVIMA OBITELJI KOJI TRAŽE PRIZNANJE PRAVA NA OBITELJSKU MIROVINU

Redni broj	Prezime i ime	Rodbinski odnos	Datum rođenja/ /matični broj građana	Osobni identifikacijski broj (OIB) (ako je dodijeljen)	Državljanstvo	Adresa prebivališta	Je li član obitelji u radnom odnosu ili samostalno obavlja djelatnost?	Prima li član obitelji već neku mirovinu iz RH ili iz inozemstva? (priložite presliku rješenja)	Je li dijete starije od 15 godina na redovitom školovanju ili prijavljeno do 18. g. života službi za zapošljavanje? (priložite potvrdu)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

Je li udovica, udovac ili izvanbračni drug (mlađi od 50 godina) ponovno stupila-stupio u brak ili izvanbračnu zajednicu? (priložite vjenčani list, odnosno rješenje o postojanju izvanbračne zajednice) – popunjava se samo za udovicu, udovca ili izvanbračnog druga za koje se traži priznavanje prava na obiteljsku mirovinu.

Traži li koji od članova obitelji priznanje prava na obiteljsku mirovinu na osnovi opće nesposobnosti za rad? (upiшите prezime i ime i priložite medicinsku dokumentaciju)

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 obiteljsku mirovinu :

- A) Nakon smrti korisnika mirovine
1. izvadak iz matice umrlih
 2. izvadak iz matice rođenih za članove obitelji (djecu)
 3. izvadak iz matice vjenčanih za udovicu ili udovca (izdat nakon smrti bračnog druga)
 4. potvrdu o školovanju za djecu stariju od 15 godina, odnosno potvrdu o prijavi Zavodu za zapošljavanje
 5. medicinsku dokumentaciju, ako se utvrđuje opća nesposobnost člana obitelji
 6. ako je korisnik mirovine radio u inozemstvu, a nije ostvario pravo na mirovinu kod inozemnog nositelja socijalnog osiguranja, izvorne pismene dokaze (karte osiguranja, pregled staža osiguranja, potvrde o zaposlenju, broj osiguranja stranog nositelja socijalnog osiguranja i dr.)
- B) Nakon smrti osiguranika (navedeno od 1.do 3. i 6.) i
1. radnu knjižicu umrlog osiguranika
 2. potvrdu o stažu osiguranja koji se računa s uvećanom trajanju

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 u 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.)