

**HRVATSKI ZAVOD ZA  
MIROVINSKO OSIGURANJE**
**PRIJAVA O PRESTANKU  
OSIGURANJA**
☒ **RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE**
☐ **2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA  
DOPRINOSA I RADNIKA KOD  
SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA**
☐ **3 POLJOPRIVREDNIKA**

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0 2

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2

3. Registarski broj obveznika doprinosa

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

4 1 4 6 7 1 4 2 7 6 8

6. Prezime i ime osiguranika

I S M A I L I

I S M A I L I

dan

mjesec

godina

20. 03. 2026.

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

STECANJE

9. Datum zaprimanja prijave

U 20. 03. 2026.

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

2 4 9 7 7 4 0 6 6

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.

3 850157