

PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA

POTVRDA OBVEZNIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA
DOPRINOSA I RADNIKA KOD
SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

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

6. Prezime i ime osiguranika

Datum prestanka svojstva osiguranika

Razlog prestanka svojstva osiguranika

Datum zaprimanja prijave

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB