

# HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

## PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

Tiskanica M-1P

Mikrofilmski broj

**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. 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. Stvarna stručna sprema/ vrsta i razina obrazovanja

12. Potrebna stručna sprema/ vrsta i razina obrazovanja

13. Korisnik mirovine u osiguranju

NE DA

Starosna mirovina\*

Invalid. zbog prof. nesp.

Invalid. zbog djel. nesp.

Invalidska mirovina zbog opće nesp. - ZOHBDR

Obiteljska mirovina

HRVI

14. Status osobe s invaliditetom

NE DA

Osoba s invaliditetom (ZSOPT)\*\*

Osoba s invaliditetom

15. Vrsta osnovice

16. Radno mjesto, zanimanje, osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem

NE DA

Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici osobe s invaliditetom

Ugovor o radu sklopljen na:

17. Neodređeno vrijeme s punim radnim vremenom **1**

s nepunim radnim vremenom **3**

Određeno vrijeme s punim radnim vremenom **2**

s nepunim radnim vremenom **4**

18. Datum zaprimanja prijave

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

\* Popunjava se za korisnike: starosne mirovine, prijevremene starosne mirovine, starosne mirovine za dugogodišnjeg osiguranika ostvarene prema ZOMO i posebnim propisima.

\*\* Zakon o stažu osiguranja s povećanim trajanjem