

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNA
SLUŽBA /
PODRUČNI URED U

ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA NACIONALNU NAKNADU ZA STARIJE OSOBE

1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA

Ime	<input type="text"/>	Prezime	<input type="text"/>
OIB	<input type="text"/>	Datum rođenja	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Kućni broj	<input type="text"/>
Broj pošte	<input type="text"/>	Mjesto	<input type="text"/>
Država	<input type="text"/>	Državljanstvo	<input type="text"/>

Jeste li u obveznom mirovinskom osiguranju prema propisima druge države? DA NE
(radni odnos, samostalna profesionalna djelatnost, poljoprivredno osiguranje i dr.)

Jeste li korisnik mirovine prema propisima druge države? DA NE

Jeste li upisani u Obrtni registar? DA NE

Jeste li član uprave trgovačkog društva? DA NE

Jeste li izvršni direktor trgovačkog društva? DA NE

Jeste li likvidator trgovačkog društva? DA NE

Jeste li upravitelj zadruge? DA NE

Jeste li primatelj uzdržavanja prema ugovoru o dosmrtnom uzdržavanju?* DA NE
(ako je odgovor DA, priložite presliku ugovora)

Jeste li primatelj uzdržavanja prema ugovoru o doživotnom uzdržavanju?* DA NE
(ako je odgovor DA, priložite presliku ugovora)

* Ako je pokrenut postupak za raskid, utvrđenje ništetnosti ili poništenje ugovora, priložite o tome dokaz

2. UPIŠITE PODATKE O ČLANOVIMA VAŠEG KUĆANSTVA (pod kućanstvom se u smislu Zakona o nacionalnoj naknadi za starije osobe, smatra obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života, bez obzira na srodstvo)

Redni broj	Osobni identifikacijski broj (OIB)	Ime	Prezime	Datum rođenja	Prihod u inozemstvu DA / NE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

3. SKRBNIK

Ako zahtjev podnosi **skrbnik**, obvezno treba priložiti odluku o imenovanju skrbnika.

6. PODACI ZA KONTAKT

Broj telefona

E-adresa

Broj mobitela

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, vlastoručnim potpisom potvrđujem točnost navedenih podataka.

U

(mjesto i datum)

Potpis podnositelja zahtjeva

Ako ste korisnik mirovine iz hrvatskog mirovinskog osiguranja, a želite primati nacionalnu naknadu za starije osobe koja je povoljnija za Vas, popunite izjavu u nastavku.

IZJAVA

Ako ispunjavam uvjete za ostvarivanje prava na nacionalnu naknadu za starije osobe, koja je povoljnija od mirovine, suglasan /suglasna sam da mi se obustavi isplata mirovine i da mi se prizna pravo na nacionalnu naknadu za starije osobe.

Suglasan / suglasna sam da mi se isplaćene svote mirovine u razdoblju nakon dana priznatog prava na nacionalnu naknadu obračunaju sa svotama priznate naknade, te da mi se na ime naknade za to razdoblje isplati razlika između isplaćenih svota mirovine i priznate naknade.

Ovu izjavu potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Potpis podnosioca izjave

Mjesto i datum

Upoznat / upoznata sam da se moji osobni podaci obrađuju, prikupljaju, razmjenjuju, pohranjuju i prenose na temelju zakonskih odredbi radi ostvarivanja prava, u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka.