

**PRIJAVA O POČETKU
OSIGURANJA**

Mikrofilmski broj

1 - zaposlenika kod pravne osobe 2 - samostalnog obveznika plaćanja doprinosa i zaposlenika kod sam. obvezn. plaćanja doprinosa 3 - poljoprivrednika	Radni nalog / ustrojstvena jedinica	0 1	
	1 Osobni broj osiguranika		
	2 Matični broj građana / MB		
	3 Registarski broj obveznika plaćanja doprinosa		
	4 Općina mjesta rada - prebivališta		
5 Matični broj poslovnog subjekta			

R.br.	Naziv obilježja	Mjesto za odgovor		
	Naziv i sjedište obveznika plaćanja 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	Najviša završena škola			
12	Stručno obrazovanje			
13	Stručna sprema za obavljanje poslova			
14	Država prethodnog zaposlenja			
15	Korisnik invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad	Ne 0	Da 1	
16	Hrvatski ratni vojni invalidi Domovinskog rata	01	Invalidna osoba	02
17	Vrsta osnovice / svota osnovice ili svota plaće			
18	Radno mjesto, zanimanje, osiguranici invalidne osobe kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem	Ne 0	Da 1	Naziv radnog mjesta, zanimanja, i osiguranici invalidne osobe
19	Poseban podatak — popunjava Zavod			
20	Datum zaprimanja prijave			

U _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog zaposlenika	Mjesto pečata

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

