

PRIJAVA O POČETKU POSLOVANJA
OBVEZNIKA DOPRINOSA

1 - Pravna osoba
<input checked="" type="checkbox"/> 2 - Samostalni obveznik doprinosa
3 - Poljoprivrednik

Radni nalog / ustrojstvena jedinica	1 1
1 Registarski broj obveznika doprinosa	
2 Osobni identifikacijski broj obveznika	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
3 Matični broj poslovnog subjekta	0 1 0 1 9 7 0 3 6 5 3 6 5
4 Obveznik doprinosa	<input type="checkbox"/>
5 Općina sjedišta odnosno prebivališta obveznika doprinosa	

A. Popunjavaju svi obveznici doprinosa

R.br.	NAZIV OBILJEŽJA	MJESTO ZA ODGOVOR
6	NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA	I V A N H O R V A T
7	Vrsta obveznika doprinosa	
8	Radno vrijeme poslodavca mjesec i godina važenja	4 0 0 0 0 1 2 0 1 5
9	Djelatnost prema NKD	7 3 1 1
10	Kontakt e-mail adresa obveznika	
11	Datum početka poslovanja	x
12	Sjedište obveznika doprinosa ili podružnice	Z A G R E B
13	Ulica	Z A G R E B A Č K A
14	Kućni broj	1
15	Pošta (broj i naziv)	1 0 0 0 0 Z A G R E B

B. Popunjavaju poslodavci i samostalni obveznici doprinosa

16	Matični broj građana / datum rođenja i spol M 1 Ž 2 / Sistemski broj dodijeljen od Porezne uprave	
17	Šifra grane djelatnosti	
18	Mjesto stanovanja	
19	Ulica	
20	Kućni broj	
21	Pošta (broj i naziv)	
22	Obavijest slati na: adresu rada: A adresu: B	<input type="checkbox"/>
23	Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti OD – DO	
24	Datum zaprimanja prijave	

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U _____
M.P. _____
Potpis obveznika podnošenja prijave

Ako se u obilježje 17 unosi podatak o datumu rođenja i spolu u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol.

2.

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-1P

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		0 1
1	Osobni broj osiguranika	
1a	Osobni identifikacijski broj osiguranika OIB:	1 5 3 8 9 2 4 8 5 9 2
2	Matični broj građana / datum rođenja i spol MI_1_I Ž_I_2_I	0 1 0 1 9 8 0 3 6 8 3 6 8
3	Registarski broj obveznika doprinosa	3 2 1 3 2 1 3 2 1 3
4	Općina mjesta rada - prebivališta	
5	Matični broj poslovnog subjekta	

H-11P

1 – radnika kod pravne osobe
2 – samostalnog obveznika doprinosa i radnika kod sam. obveznika doprinosa
3 – poljoprivrednika

R.br.	Naziv obilježja	Mjesto za odgovor	OIB obveznika	1 5 3 8 9 2 4 8 5 9 2
	NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA	HORVAT IVAN ZAGREBAČKA 1 10 000 ZAGREB Djelatnost prema NKD 7311		
6	Prezime i ime osiguranika	H I O R V A T I V A N		
7	Osnova osiguranja	SPOREDBNO ZANIHANJE		
8	Datum stjecanja svojstva osiguranika	dan	mjesec	godina
9	Radno vrijeme osiguranika	x		
10	Zanimanje	x		
11	Najviša završena škola	x		
12	Stručno obrazovanje			
13	Stručna sprema za obavljanje poslova			
14	Korisnik mirovine u osiguranju	Ne	Da	Starosna mirovina Inv. zbog prof. nesp. Inv. zbog djel. nesp.
15	Status osobe s invaliditetom	Ne	Da	HRVI Invalidna osoba Osoba s invalidnošću
16	Vrsta osnovice			
17	Radno mjesto, zanimanje, osiguranici invalidne osobe kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem	Ne	Da	Naziv radnog mjesta, zanimanja i osiguranici invalidne osobe
18	Ugovor o radu sklopljen na :			
	Neodređeno vrijeme	s punim radnim vr. 1	Određeno vrijeme	s punim radnim vr. 2
		s nepunim radnim vr. 3		s nepunim radnim vr. 4
19	Datum zaprimanja prijave			

U _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

x

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.

PRIJAVA ODJAVA PROMJENA
ZA OSIGURANIKA
HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Regionalni ured _____
 Područna služba _____ naziv _____ šifra _____

1. PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE / UPLATE DOPRINOSA - PRAVNOJ OSOBI

Broj obveze _____ Šifra poslovnog subjekta Zavoda _____ Tip P O Porezni broj _____

OIB _____ RegistarSKI broj HZMO-a _____

Naziv _____ Skraćeni naziv _____

Podaci DZZS _____ Matični broj DZZS _____ Brojčana oznaka djelatnosti prema NKD _____ Brojčana oznaka pravno ustrojbenog oblika _____

Adresa sjedišta: Poštanski broj, naziv pošte _____ Telefon: _____
 Ulica i broj _____ Telefaks: _____
 Naselje _____ E-mail: _____

2. PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE / UPLATE DOPRINOSA - FIZIČKOJ OSOBI

OIB <u>1123456789112</u>	MB osigurane osobe u Zavodu _____
Prezime <u>HORVAT</u>	Ime <u>IVAN</u>
Adresa: P - prebivalište / SB - stalni boravak Poštanski broj, naziv pošte <u>1101000 ZAGREB</u>	Adresa: B - boravište / PB - privremeni boravak od _____ do _____ Poštanski broj, naziv pošte _____
Ulica i broj <u>ZAGREBAČKA 1</u>	Ulica i broj _____
Naselje _____	Naselje _____
Telefon: _____	Telefaks: _____ E-mail: _____

3. PODACI O POČETKU / PRESTANKU POSLOVANJA OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

Datum početka poslovanja _____ x Datum prestanka poslovanja _____

4. PODACI O OSIGURANIKU

MB osigurane osobe u Zavodu _____ OIB _____ Datum rođenja _____ *Spol M Ž

Prezime _____ Ime _____
 Ime roditelja _____
 Adresa: P - prebivalište _____ Adresa: B - boravište od _____ do _____
 Poštanski broj, naziv pošte _____ Poštanski broj, naziv pošte _____
 Ulica i broj _____ Ulica i broj _____
 Naselje _____ Naselje _____



Datum stjecanja statusa osiguranika	<input type="text"/>	Datum prestanka statusa osiguranika	<input type="text"/>								
Oznaka osnove osiguranja	<input type="text"/>	Oznaka kriterija obveze	<input type="text"/>								
* Stručna sprema nakon završenog školovanja	<input type="checkbox"/> NKV	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> SSS	<input type="checkbox"/> VKV	<input type="checkbox"/> VŠS	<input type="checkbox"/> VSS	<input type="checkbox"/> mr.	<input type="checkbox"/> dr. spec.	<input type="checkbox"/> dr. sci.
* Stručna sprema na koju se osigurana osoba prijavljuje u obvezno zdr. osiguranje	<input type="checkbox"/> NKV	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> SSS	<input type="checkbox"/> VKV	<input type="checkbox"/> VŠS	<input type="checkbox"/> VSS	<input type="checkbox"/> mr.	<input type="checkbox"/> dr. spec.	<input type="checkbox"/> dr. sci.
Naziv radnog mjesta											
* Radno vrijeme	Puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> sati tjedno <input type="text"/>				Nepuno radno vrijeme <input type="checkbox"/> sati <input type="text"/> minute <input type="text"/>						

5. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum stjecanja statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>	Datum prestanka statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>
------------------------------------------------------------	----------------------	------------------------------------------------------------	----------------------

6. RAZDOBLJE KORIŠTENJA PRAVA

Datum stjecanja prava u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>	Datum prestanka prava u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>
----------------------------------------------------------	----------------------	----------------------------------------------------------	----------------------

Datum podnošenja prijave

Ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe

U _____, _____ 20____ g.

M.P.

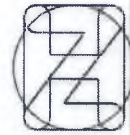
Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

Datum zaprimanja <input type="text"/>	Datum evidentiranja <input type="text"/>
KLASA: _____	Interni broj _____ M.P.
URBROJ: _____	
_____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	_____ Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda

- Tiskanica-1 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** (u daljnjem tekstu: prijava) osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Potrebno je znakom X označiti odgovarajući kvadrat.
- Obveznik podnošenja prijave obavezan je podatke u Tiskanici-1 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1. i 4. upisuje pravna osoba, a podatke pod 1. i 2. i 4. fizička osoba.
- Kod upisa podataka pod 4., koji se odnose na adresu, obavezno se upisuje prebivalište, a boravište samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljeno i boravište. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podaci u rubriku "SB - stalni boravak", a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku "PB - privremeni boravak".
- U rubrici «Stručna sprema nakon završenog školovanja» označuje se stručna sprema koju je osoba stekla nakon završenog školovanja.
- Pri podnošenju prijave, podnositelj je obavezan uz podatke u prijavi upisati i datum prijave.
- Tiskanica-1 ovjerava se u 3 primjerka: 1. primjerak zadržava Zavod, 2. primjerak vraća se podnositelju, 3. primjerak uručuje se osiguraniku koji na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do dobivanja iskaznice zdravstveno osigurane osobe.

4.

TISKANICA-2



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

PRIJAVA
 ODJAVA
 PROMJENA

ZA OSIGURANU OSOBU
 ZA OSIGURANU OSOBU - ČLANA OBITELJI

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured _____
 Područna služba _____ naziv _____ šifra _____

1. PODACI O OBVEZNIKU UPLETE DOPRINOSA

Broj obveze _____ Naziv obveznika uplate **HORVAT IVAN**
 Adresa sjedišta **ZAGREB, ZAGREBAČKA 1**

2. PODACI O NOSITELJU OSIGURANJA

MB osigurane osobe - nositelja osiguranja u Zavodu _____ OIB _____
 Prezime _____
 Ime _____

3. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI / OSIGURANOJ OSOBI - ČLANU OBITELJI

MB osigurane osobe u Zavodu _____
 OIB **12345678912** Datum rođenja **01011970** *Spol M Ž
 Prezime **HORVAT** Ime **IVAN**
 Adresa: P - prebivalište / SB - stalni boravak Adresa: B - boravište / PB - privremeni boravak od _____ do _____
 Poštanski broj naziv pošte **10000 ZAGREB** Poštanski broj naziv pošte _____
 Ulica i broj **ZAGREBAČKA 1** Ulica i broj _____
 Naselje _____ Naselje _____
 *Srodstvo s nositeljem supružnik dijete roditelj unuk-a brać/sestre djed/baka Oznaka srodstva _____
 Oznaka osnovne osiguranja _____ Datum stjecanja statusa osigurane osobe _____ Datum prestanka statusa osigurane osobe _____

Datum podnošenja prijave _____

U _____ 20 _____ g.

M.P.

ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe

Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

Datum zaprimanja _____
 KLASA: _____
 URBROJ: _____

 Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Datum evidentiranja _____
 Interni broj _____ M.P. _____

 Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda

