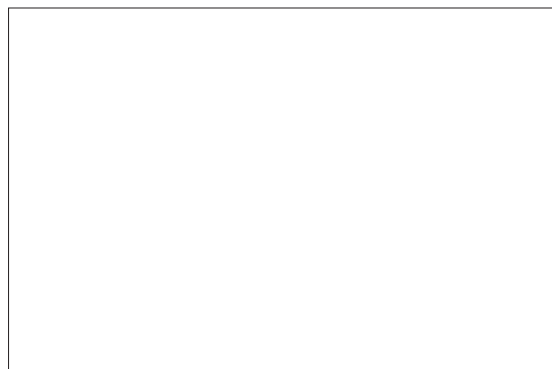


**HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE**

DC8FI BC>G@ ý6=#  
 DC8FI BCA I F 98I I

SREDIŠNJOJ SLUŽBI



**ZAHTJEV ZA PRIZNANJE PRAVA NA NAKNADU  
ZBOG TJELESNOG OŠTEĆENJA**

PREZIME (ime oca) I IME

DJEVOJAČKO PREZIME

DATUM ROĐENJA

MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)

MATIČNI BROJ GRAĐANA

SPOL  Muški  Ženski

OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)

ADRESA BORAVIŠTA

ADRESA PREBIVALIŠTA

DRŽAVLJANSTVO

Je li vam u Republici Hrvatskoj već priznato pravo iz mirovinskog osiguranja i/ili doplatak za djecu?  DA  NE

Koje pravo vam je priznato?

Služba koja je donijela rješenje

Broj i datum rješenja

Imate li status HRVI-a? (priložite presliku rješenja)  DA  NE

Je li vam za isti slučaj tjelesnog oštećenja već priznato pravo na naknadu prema drugim propisima? (priložite presliku rješenja)  DA  NE

Jeste li u radnom odnosu ili ste osigurani po nekoj drugoj osnovi? (kojoj)

Navedite podatak o posljednjem zaposlenju (naziv i adresa poslodavca)

Označite uzrok tjelesnog oštećenja (ako je uzrok ozljeda na radu, priložite prijavu o ozljedi na radu).

ozljeda na radu       profesionalna bolest       bolest       ozljeda izvan rada

**KAKO ŽELITE DA VAM SE ISPLAĆUJE NAKNADA:**

Želite li da vam se naknada isplaćuje:       preko poslovne banke\*       na kućnu adresu

\* Priložite tiskanicu «ovlaštenje/suglasnost» koju je popunila i ovjerala banka u kojoj ste otvorili račun.

Želite li da se naknada isplaćuje opunomoćeniku?       DA       NE

\* Obvezno priložite punomoć za primanje naknade.

Prezime i ime opunomoćenika za isplatu

Adresa opunomoćenika za isplatu

**AKO ZAHTJEV PODNOSI SKRBNIK ILI OPUNOMOĆENIK, NAVEDITE**

(Obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć)

Prezime i ime skrbnika ili opunomoćenika

Adresa skrbnika ili opunomoćenika

U , datum

---

Podnositelj zahtjeva