

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
CROATIAN PENSION INSURANCE INSTITUTE
KROATISCHES RENTENVERSICHERUNGSAMT

**PODRUČNA SLUŽBA U /
PODRUČNI URED U**

REGIONAL OFFICE IN /
LOCAL OFFICE IN

REGIONALAMT IN /
REGIONALBÜRO IN

ZAHTJEV ZA ISPLATU DIJELA OBITELJSKE MIROVINE
REQUEST FOR PAYMENT OF A PART OF THE SURVIVOR'S PENSION
ANTRAG AUF ZAHLUNG EINES TEILS DER HINTERBLIEBENENRENTE

1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA

APPLICANT'S PERSONAL DATA
ANGABEN ÜBER DEN ANTRAGSTELLER

IME I PREZIME _____

FIRST AND LAST NAME
VOR- UND NACHNAME

DATUM ROĐENJA _____

DATE OF BIRTH
GEBURTSDATUM

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB) _____

PERSONAL ID NUMBER (OIB)
PERSÖNLICHE IDENTIFIKATIONSNUMMER (OIB)

ADRESA PREBIVALIŠTA/BORAVIŠTA _____

ADDRESS OF PERMANENT RESIDENCE / TEMPORARY RESIDENCE
ANSCHRIFT AM STÄNDIGEN WOHNSITZ / AUFENTHALTSADRESSE

2. PODACI O UMRLOM OSIGURANIKU/ KORISNIKU MIROVINE

PERSONAL DATA OF A DECEASED INSURED PERSON / PENSION BENEFICIARY
ANGABEN ÜBER DEN VERSTORBENEN VERSICHERTEN / RENTENBEZIEHER

IME I PREZIME _____

FIRST AND LAST NAME
VOR- UND NACHNAME

DATUM ROĐENJA _____

DATE OF BIRTH
GEBURTSDATUM

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB) _____

PERSONAL ID NUMBER (OIB)
PERSÖNLICHE IDENTIFIKATIONSNUMMER (OIB)

3. SKRBNIK/OPUNOMOĆENIK

LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE / EMPOWERED PERSON
BETREUER / BEVOMÄCHTIGTE PERSON

Ako zahtjev podnosi skrbnik ili opunomoćenik, obvezno priložite odluku o imenovanju skrbnika ili punomoć.

If a legally authorized representative or an empowered person submits the application, you must attach the decision on the appointment of a legally authorized representative or a power of attorney.

Wird der Antrag von einem Betreuer oder Bevollmächtigten gestellt, müssen Sie den Beschluss über die Bestellung eines Betreuers oder eine Vollmacht beifügen.

IME I PREZIME (skrbnika ili opunomoćenika) _____

FIRST AND LAST NAME (of a legally authorized representative or an empowered person)

VOR- UND NACHNAME (des Betreuers oder des Bevollmächtigten)

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB) _____

PERSONAL ID NUMBER (OIB)

PERSÖNLICHE IDENTIFIKATIONSNUMMER (OIB)

ADRESA (skrbnika ili opunomoćenika) _____

ADDRESS (of a legally authorized representative or an empowered person)

ADRESSE (des Betreuers oder des Bevollmächtigten)

4. PODACI ZA KONTAKT

CONTACT INFORMATION
KONTAKTANGABEN

Telefon Phone <i>Telefonnummer</i>	
Mobitel Mobile <i>Mobilnummer</i>	
E-adresa E-mail <i>E-Mail</i>	

ZA KORISNIKE OBITELJSKE MIROVINE KOJIMA SE ISPLAĆUJE OBITELJSKA MIROVINA, A PRIZNATO IM JE PRAVO NA STAROSNU/ PRIJEVREMENU STAROSNU / INVALIDSKU MIROVINU

FOR BENEFICIARIES OF A SURVIVORS' PENSION TO WHOM THE SURVIVOR'S PENSION IS PAID AND WHO HAVE BEEN GRANTED THE RIGHT TO OLD-AGE PENSION/EARLY-AGE PENSION/DISABILITY PENSION

FÜR DIE BEZIEHER EINER HINTERBLIEBENENRENTE, DENEN EINE HINTERBLIEBENENRENTE AUSGEZAHLT WIRD UND DAS RECHT AUF ALTERSRENTE/VORZEITIGE ALTERSRENTE/INVALIDITÄTSRENTE GEWÄHRT WURDE

Ako vam se isplaćuje obiteljska mirovina, a priznato vam je pravo i na starosnu/ prijevremenu starosnu / invalidsku mirovinu, popunite i potpišite izjavu u nastavku.

If you receive a survivor's pension and you have been granted the right to old-age/early age/disability pension as well, fill in and sign the statement below.

Wenn Ihnen eine Hinterbliebenenrente gezahlt wird und Ihnen auch ein Anspruch auf Alters-/vorzeitige Alters-/Invaliditätsrente zuerkannt wurde, füllen Sie die nachstehende Erklärung aus und unterschreiben Sie sie.

**IZJAVA
STATEMENT
ERKLÄRUNG**

Ako ispunjavam uvjete za isplatu dijela obiteljske mirovine koji je zajedno sa starosnom/ prijevremenom starosnom / invalidskom mirovinom za mene povoljniji od pripadajuće obiteljske mirovine, suglasan/suglasna sam da mi se obustavi isplata obiteljske mirovine i uspostavi isplata starosne/ prijevremene starosne / invalidske mirovine i dijela obiteljske mirovine.

If I am eligible for the payment of a part of the survivors' pension which, together with my old-age/early-age/disability pension, is more favourable for me than the corresponding survivors' pension, I agree to the suspension of the payment of my survivor's pension and the establishment of the payment of the old-age/early age/disability pension and a part of the survivors' pension.

Wenn ich einen Anspruch auf Zahlung eines Teils der Hinterbliebenenrente habe, der für mich zusammen mit meiner Alters-/vorzeitigen Alters-/Invaliditätsrente günstiger ist als die entsprechende Hinterbliebenenrente, stimme ich der Einstellung der Zahlung meiner Hinterbliebenenrente und der Feststellung der Zahlung der Alters-/vorzeitigen Alters-/Invaliditätsrente und eines Teils der Hinterbliebenenrente zu.

Ovu izjavu potvrđujem vlastoručnim potpisom.

I confirm this statement by signing hereunder.

Diese Erklärung bestätige ich mit meiner eigenhändigen Unterschrift.

(mjesto / place / Ort)

(datum, date/Datum)

Podnositelj zahtjeva / applicant / Antragsteller

Svojim potpisom odgovaram za točnost navedenih podataka i dajem suglasnost HZMO-u za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim tijelima.

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

By signing hereunder, I accept the responsibility for the accuracy of the above data and I give consent to HZMO for their use and exchange with competent authorities.

I am aware that my personal data will be processed, collected, exchanged, stored and transmitted under the statutory provisions for the exercise of pension insurance rights in accordance with the General Data Protection Regulation.

Mit meiner Unterschrift übernehme ich die Verantwortung für die Richtigkeit der oben genannten Daten und stimme HZMO deren Verwendung und Austausch mit den zuständigen Behörden zu.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zur Ausübung von Rentenversicherungsansprüchen gemäß Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet, erfasst, ausgetauscht, gespeichert und übermittelt werden.

ZA KORISNIKE OBITELJSKE MIROVINE KOJIMA NIJE PRIZNATO PRAVO NA STAROSNU MIROVINU

Ako ste korisnik obiteljske mirovine, a nije vam priznato pravo na starosnu mirovinu, molimo podnesite zahtjev za priznanje prava na starosnu mirovinu.

FOR BENEFICIARIES OF SURVIVORS' PENSIONS WHO HAVE NOT BEEN GRANTED THE RIGHT TO OLD AGE PENSION

If you are receiving a survivor's pension and your right to an old-age pension has not been granted, please apply for an old-age pension.

FÜR BEZIEHER DER HINTERBLIEBENENRENTE, DENEN DAS RECHT AUF ALTERSRENTE NICHT ANERKANNT WURDE

Wenn Sie eine Hinterbliebenenrente beziehen und Ihr Anspruch auf Altersrente nicht anerkannt wurde, stellen Sie bitte einen Antrag auf Altersrente.

ZA KORISNIKE STAROSNE/ PRIJEVREMENE STAROSNE / INVALIDSKE MIROVINE KOJIMA NIJE PRIZNATO PRAVO NA OBITELJSKU MIROVINU

Ako ste korisnik starosne/ prijevremene starosne / invalidske mirovine, a nije vam priznato pravo na obiteljsku mirovinu, molimo podnesite zahtjev za priznanje prava na obiteljsku mirovinu.

FOR BENEFICIARIES OF THE OLD-AGE/EARLY-AGE/DISABILITY PENSION WHO HAVE NOT BEEN GRANTED THE RIGHT TO A SURVIVOR'S PENSION

If you are receiving an old-age/early-age/disability pension and your right to a survivor's pension has not been granted, please apply for a survivor's pension.

FÜR BEZIEHER DER ALTERS-/VORZEITIGEN ALTERS-/INVALIDITÄTSRENTE DENEN DAS RECHT AUF HINTERBLIEBENENRENTE NICHT ANERKANNT WURDE

Wenn Sie eine Alters-/vorzeitigen Alters-/Invaliditätsrente beziehen und Ihr Anspruch auf Hinterbliebenenrente nicht anerkannt wurde, stellen Sie bitte einen Antrag auf Hinterbliebenenrente.