HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured | Broj osigurane osobe

OIB* .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje | Ulica i broj

OVA POTVRDA VRIJEDI

od | | | | | | | | |

do | | | | | | | | |

Broj potvrde .....

P O T V R D A
o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu

Broj osigurane osobe po osnovu boravka u inozemstvu

Razlog boravka u inozemstvu	Adresa u inozemstvu: B-adresa boravka K- kontaktna adresa
I.** ☐ rad u inozemstvu ☐ stručno usavršavanje ☐ obrazovanje ☐ poslijediplomski studij ☐ stručno usavršavanje u sklopu međunarodne suradnje ☐ obrazovanje sklopu međunarodne suradnje ☐ službeni put **II.***** ☐ privatno **III.**** ☐ boravak člana obitelji s osiguranikom duže od 6 mjeseci	Država _____ **B-adresa** Poštanski broj, mjesto _____ Ulica i broj _____ Naziv mjesta/općine/grada _____ **K-adresa** Poštanski broj, mjesto _____ Ulica i broj _____ Naziv mjesta/općine/grada _____

* Obavezan podatak od 1. siječnja 2011. godine.

Osigurana osoba ima pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu i to:

****** Potrebnu zdravstvenu zaštitu koja se ne može odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku

******* Hitnu medicinsku pomoć

Osigurana osoba sudjeluje u troškovima zdravstvene zaštite prema odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, te troškovima zdravstvene zaštite prema odredbama ugovora o socijalnom osiguranju.

M.P.

U _____ , _____ 200____ . g.

_____
(Potpis ovlaštenog radnika Zavoda)

HZZO-Direkcija, Zagreb
Tiskanicalno1.cdr, V3, 28/12/09

Potvrda se popunjava u 2 primjerka