HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured | Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

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

Obveznik uplate doprinosa

(pravna osoba)

Naziv i sjedište pravne osobe

Broj obveze u HZZO

(fizička osoba)

MBG / OIB*

Broj obveze u HZZO

Ime

Prezime

Adresa: **P** -prebivalište **B** -boravka

Poštanski broj, mjesto

Ulica i broj

Naziv mjesta/općine/grada

Oznaka osnove osiguranja

Razlog boravka u inozemstvu

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

Adresa u inozemstvu: B-adresa boravka K- kontaktna adresa

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, V2, 18/03/09

Potvrda se popunjava u 2 primjerka