HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured Područna služba

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. 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 trećim državama

Broj osigurane osobe po osnovu boravka u trećim državama

Razlog boravka u trećim državama

I.* ☐ rad

☐ stručno usavršavanje

☐ obrazovanje

☐ službeni put

II.** ☐ privatno

III.* ☐ boravak člana obitelji s osiguranikom

Naziv države _____

Kontaktni podaci:

E- mail:

GSM:

Osigurana osoba ima pravo na korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama 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.

M.P.

U _____ , _____ 20 ____ . g.

_____

(Potpis ovlaštenog radnika Zavoda)

HZZO-Direkcija, Zagreb
Tiskanicalno1.cdr, V6, 17/12/2013

Potvrda se popunjava u 2 primjerka