|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područna ustrojstvena jedinica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA POVRAT TROŠKOVA PRIJEVOZA / PRIJEVOZA POSMRTNIH OSTATAKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci podnositelja zahtjeva |  |
| Ime i prezime |  |
| Adresa stanovanja |  |
| Telefon/mobitel |  |
| OIB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Molim priznavanje prava na povrat troškova: | Označiti (✓) |
| Prijevoza |  |
| Prijevoza posmrtnih ostataka |  |

|  |
| --- |
| Podaci o korištenom prijevozu / prijevozu posmrtnih ostataka |
| 1. Za obavljanje zdravstvene zaštite u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi / kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse izvan mjesta mog prebivališta/boravišta

(navesti naziv i mjesto) |
|  |
| koristio/la sam prijevoz na relaciji od - do |
|  |  |
| u razdoblju od - do |
|  |  |
|  |
| 1. Za preminulu osobu

Ime i prezime preminule osobe OIB preminule osobe |
|  |  |
| preminulu u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi / kod ugovornog privatnog zdravstvenog radnika(navesti naziv i mjesto ustanove/privatnog radnika) |
|  |
| platio/la sam prijevoz posmrtnih ostataka na relaciji od - do |
|  |  |

Molim da mi se povrat troškova isplati na tekući račun:

|  |  |
| --- | --- |
| Ime banke | IBAN |
|  |  |

Uz zahtjev prilažem:

* za povrat troškova prijevoza:
1. Medicinsku dokumentaciju – preslika
2. Putnu kartu – ako je odobreno skuplje prijevozno sredstvo – izvornik
* za povrat troškova posmrtnih ostataka:
1. Račun za plaćeni prijevoz koji glasi na ime pravne ili fizičke osobe koja je snosila troškove prijevoza – izvornik (uz dokaz da je plaćen)
2. Otpusnicu iz zdravstvene ustanove u kojoj je osoba preminula – preslika
3. Dokaz da je preminula osoba upućena na liječenje izvan mjesta prebivališta/boravišta u ugovornu zdravstvenu ustanovu sukladno uvjetima propisanim Zakonom

U slučaju nemogućnosti prilaganja nekog od navedenih dokumenata molimo napisati kratko obrazloženje.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (mjesto) (datum)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis podnositelja zahtjeva)

**Napomena:** *Ovaj obrazac nije službena tiskanica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te služi isključivo kao pomoć osiguranoj osobi prilikom podnošenja zahtjeva u upravnom postupku.*

*Svoj zahtjev za pokretanje postupka stranka može neposredno podnijeti javnopravnom tijelu u pisanom obliku ili usmeno na zapisnik, a može takav zahtjev poslati poštom ili dostaviti elektroničkim putem.*