

**ABKOMMEN ZWISCHEN DER REPUBLIK ÖSTERREICH UND DER
REPUBLIK KROATIEN ÜBER SOZIALE SICHERHEIT**

**UGOVOR IZMEĐU REPUBLIKE AUSTRIJE I REPUBLIKE HRVATSKE
O SOCIJALNOM OSIGURANJU**

**BESCHEINIGUNG ÜBER DEN ANSPRUCH AUF SACHLEISTUNGEN
WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTES IN KROATIEN**

(1)

**POTVRDA O PRAVU NA DAVANJA ZA VRIJEME PRIVREMENOG
BORAVKA U HRVATSKOJ**

Abkommen: Art. 11 Abs. 1 lit. b)

Ugovor: čl. 11. st. 1 b)

Kroatische Versicherungsnummer

Hrvatski broj osiguranja

Durchführungsvereinbarung: Art. 6

Provedbeni sporazum: čl. 6

Österreichische Versicherungsnummer

Austrijski broj osiguranja

1. <input type="checkbox"/> Versicherte(r) Osiguranik(ca)		<input type="checkbox"/> Pensionist(in) Umirovljenik(ca) ⁽²⁾	
1.1	Familienname(n) Prezime(na)	Vorname(n) Ime(na)
1.2	Geburtsdatum Datum rođenja	
1.3	Adresse in Österreich ⁽³⁾ Adresa u Austriji		
.....			

2. Familienangehörige ⁽⁴⁾ Članovi obitelji			
	Familienname(n) Prezime(na)	Vorname(n) Ime(na)	Geburtsdatum Datum rođenja
2.1			
2.2			
2.3			
2.4			
2.5			
2.6	Ständige Adresse in Österreich ^{(3) (5)} Stalna adresa u Austriji		
.....			

3. Wichtige Hinweise für die Leistungsanspruchnahme in Kroatien Važne upute za korištenje davanja u Hrvatskoj	
3.1	<p>Diese Bescheinigung ist grundsätzlich vor der Leistungsanspruchnahme der für den Aufenthaltsort in Betracht kommenden kroatischen Anstalt für Krankenversicherung (HZZO) vorzulegen, die auch Auskünfte über ihre Vertragspartner erteilen wird.</p> <p>Wenn der Gesundheitszustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Kroatien unverzüglich die Gewährung von Leistungen erfordert, können diese zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers nur bei einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung, die in einem Vertragsverhältnis zur HZZO stehen, in Anspruch genommen werden.</p> <p>Ova se potvrda u pravilu prije korištenja davanja predaje područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u mjestu boravka, koji daje i informacije o svojim ugovornim partnerima.</p> <p>Ukoliko zdravstveno stanje imenovane(ih) osobe(a) za vrijeme privremenog boravka u Hrvatskoj zahtjeva neodložno pružanje davanja, moguće ih je ostvariti na teret nadležnog austrijskog nositelja samo kod doktora, bolnice ili druge ustanove, koji se nalaze u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.</p>

4.

- 4.1 Auf Grund dieser Bescheinigung können Sachleistungen
Na osnovi ove potvrde mogu se pružati davanja u naravi
- vom bis einschließlich gewährt werden.
od do zaključno

**5. Zuständiger österreichischer Krankenversicherungsträger
Nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja**

5.1 Name
Naziv

.....

5.2 Adresse ⁽³⁾
Adresa

.....

5.3 Stempel
Žig

Datum
Datum

Unterschrift
Potpis

.....

**Hinweise
Upute**

- (1) Die Bescheinigung ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der örtlich zuständigen **Außenstelle der Kroatischen Anstalt für Krankenversicherung** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.
Potvrdu ispunjava nadležni austrijski nositelj i predaje dotičnoj osobi ili dostavlja područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koji dolazi u obzir prema mjestu boravka navedene osobe, ako je potvrda izdana na njezin zahtjev.
- (2) Das entsprechende Kästchen ist anzukreuzen.
Stavite križić u odgovarajući pravokutnik.
- (3) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.
Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, država.
- (4) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.
Ispuniti samo ako članovi obitelji nemaju osobno pravo na davanja u naravi.
- (5) Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der in Rubrik 1 angegebenen Adresse abweicht.
Ispuniti samo ako se ova adresa razlikuje od adrese navedene u točki 1.

**Wichtiger Hinweis für den Anspruchsberechtigten
Važna uputa za osobu koja ima pravo na davanje**

Der Beginn eines ärztlich bestätigten Krankenstandes ist zur Wahrung der Leistungsansprüche innerhalb der gesetzlichen Frist von einer Woche der **örtlich zuständigen Außenstelle der Kroatischen Anstalt für Krankenversicherung** zu melden!

O početku bolovanja potvrđenog od doktora treba, poradi ostvarivanja prava na davanja, u zakonskom roku od tjedan dana obavijestiti mjesno nadležni područni ured Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje!