

**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 EINER ENTSENDUNG NACH KROATIEN**

**POTVRDA O PRAVU NA DAVANJA U NARAVI ZA VRIJEME IZASLANJA U HRVATSKU** <sup>(1)</sup>

**Abkommen: Art. 11 in Verbindung mit Art. 7 und 8 Abs. 1**  
**Ugovor: čl. 11 u svezi čl. 7. i čl. 8. st. 1.**

**Durchführungsvereinbarung: Art. 6**  
**Provedbeni sporazum: čl. 6**

Kroatische Versicherungsnummer  
Hrvatski broj osiguranja

Österreichische Versicherungsnummer  
Austrijski broj osiguranja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.	Versicherte(r) Osiguranik(ca)	
1.1	Familiennamen Prezime(na)	Vorname(n) Ime(na)
	.....	.....
1.2	Geburtsdatum Datum rođenja .....	
1.3	Adresse in Österreich <sup>(2)</sup> Adresa u Austriji	
	.....	

2.	Familienangehörige <sup>(3)</sup> Članovi obitelji		
	Familiennamen 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 <sup>(2) (4)</sup> Stalna adresa u Austriji		
	.....		

3.	
3.1	<p>Wenn der Zustand der vorgenannten Person(en) während eines Aufenthaltes in Kroatien Leistungen erfordert, hat (haben) sie Anspruch auf alle erforderlichen, bis zur beabsichtigten Rückkehr nach Österreich unaufschiebbaren, Sachleistungen zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers von der für den Aufenthaltsort örtlich zuständigen Außenstelle der Kroatischen Anstalt für Krankenversicherung.</p> <p>Ukoliko stanje navedene(ih) osobe(a) za vrijeme boravka u Hrvatskoj zahtjeva pružanje davanja, isti(e) imaju pravo na sva potrebna davanja u naravi koja se ne mogu odgoditi do namjeravanog povratka u Austriju, koja im na teret austrijskog nositelja zdravstvenog osiguranja pruža mjesno nadležni područni ured Hrvatskog zavoda 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 <sup>(2)</sup>  
Adresa  
.....
- 5.3 Stempel  
Žig
- |  |                |                        |
|--|----------------|------------------------|
|  | Datum<br>Datum | Unterschrift<br>Potpis |
|  | .....          | .....                  |

**Hinweise  
Upute**

- (1) Die Bescheinigung ist vom **zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger** auszufüllen und der betreffenden Person zu übergeben oder der für den Aufenthaltsort der betreffenden Person örtlich in Betracht kommenden **Außenstelle der Kroatischen Anstalt für Krankenversicherung** zu senden, wenn die Bescheinigung auf deren Anforderung ausgestellt wurde.  
Potvrdu ispunjava nadležni austrijski nositelj zdravstvenog osiguranja, te je predaje dotičnoj osobi ili je dostavlja mjesno nadležnom područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koji dolazi u obzir za dotičnu osobu, ako je potvrda izdana na njegov zahtjev.
- (2) Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Staat.  
Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj, država.
- (3) Nur auszufüllen, wenn die Familienangehörigen keinen eigenen Anspruch auf Sachleistungen haben.  
Ispuniti samo ako članovi obitelji nemaju osobno pravo na davanja u naravi.
- (4) 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.

**HINWEISE FÜR DEN ANSPRUCHSBERECHTIGTEN  
UPUTE ZA KORISNIKA PRAVA**

***Diese Bescheinigung ist im Bedarfsfall der für den Aufenthaltsort örtlich zuständigen Außenstelle der Kroatischen Anstalt für Krankenversicherung vorzulegen.***  
***U slučaju potrebe ova se potvrda predaje mjesno nadležnom područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u mjestu boravka.***

**WICHTIG  
VAŽNO**

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!