



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

2.	Familienangehörige <sup>(4)</sup> 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 <sup>(3) (5)</sup> 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 <b>vor der Leistungsanspruchnahme</b> 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 <b>unverzüglich</b> die Gewährung von Leistungen erfordert, können diese zu Lasten des <b>zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers nur bei einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung, die in einem Vertragsverhältnis zur HZZO stehen</b>, in Anspruch genommen werden.</p> <p>Ova se potvrda u pravilu <b>prije korištenja davanja</b> 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 <b>nadležnog austrijskog nositelja samo kod doktora, bolnice ili druge ustanove, koji se nalaze u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.</b></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 Tel.: 0043 316 8035 3002  
Fax: 0043 316 8035 1634

**Steiermärkische Gebietskrankenkasse**

- 5.2 Adresse <sup>(3)</sup>  
Adresa

**A 8010 Graz, Josef Pongratz Platz 1**

- 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!