

**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: cl. 11. st. 1 b)**

Kroatische Versicherungsnummer

Hrvatski broj osiguranja

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

Österreichische Versicherungsnummer

Austrijski broj osiguranja

1.	Versicherte(r) Osiguranik(ca)	Pensionist(in) Umirovljenik(ca) ⁽²⁾
1.1	Nachname(n) Prezime(na)	Vorname(n) Ime(na)
1.2	Geburtsdatum Datum rođenja	
1.3	Adresse in Österreich ⁽³⁾ Adresa u Austriji	

2. Familienangehörige ⁽⁴⁾ Clanovi obitelji			
	Nachname(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.	
3.1	Wenn der Zustand der vorgenannten Person(en) während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Kroatien unverzüglich Leistungen erfordert, hat (haben) sie Anspruch auf Sachleistungen zu Lasten des zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträgers. Naprijed navedena(e) osoba(e) ima(ju) za vrijeme privremenog boravka u Hrvatskoj pravo na davanja u naravi na teret nadležnog austrijskog nositelja zdravstvenog osiguranja, ako njihovo zdravstveno stanje zahtijeva neodgodivo liječenje.

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

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

- 5.2 Adresse ⁽³⁾
Adresa

A-6850 Dornbirn, Jahngasse 4

- 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 doticnoj osobi ili dostavlja podrucnom 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.

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

Diese Bescheinigung ist im Bedarfsfall der örtlich zuständigen Außenstelle der Kroatischen Anstalt für Krankenversicherung vorzulegen.

U slučaju potrebe ova se potvrda podnosi mjesno nadležnom podrucnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

**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 potvrdenog od doktora treba, poradi ostvarivanja prava na davanja, u zakonskom roku od tjedan dana obavijestiti mjesno nadležni podrucni ured Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje!