

**IZJAVA O ZDRAVSTVENOM ILI PUTNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
ZA NAKNADNE POSJETE**

**DECLARATION REGARDING MEDICAL OR TRAVEL MEDICAL INSURANCE
FOR SUBSEQUENT VISITS**

Ja, dolje potpisani/a (ime i prezime)

I, (first name, family name) _____

Datum rođenja (dan, mjesec, godina)

Date of birth (day, month, year) _____

Nositelj/ica putne vize za neograničeni broj ulazaka (vrsta i broj vize)

Holder of multiple entry visa (type and number of the visa) _____

Izjavljujem da ću za svako sljedeće putovanje u Republiku Hrvatsku unutar razdoblja valjanosti izdane vize imati zdravstveno ili putno zdravstveno osiguranje koje zadovoljava sljedeće kriterije:

Hereby declare that for every subsequent visit to the Republic of Croatia within the duration of the present visa, I will be in possession of medical or travel medical insurance that meets the following criteria:

1. Zdravstveno ili putno zdravstveno osiguranje je valjano u Republici Hrvatskoj
Medical or travel medical insurance is valid for the Republic of Croatia
2. Zdravstveno ili putno osiguranje je valjano za čitavo razdoblje koje ću biti u Republici Hrvatskoj
Medical or travel medical insurance is valid during the entire period that I will be in the Republic of Croatia
3. Ugovorena osigurana svota iznosi najmanje 30 000 EUR
The cover is at least EUR 30.000
4. Osiguranje uključuje troškove repatrijacije iz medicinskih razloga, žurne medicinske pomoći i/ili hitne pomoći u bolnici.
Cover includes repatriation for medical reasons, urgent medical care and/or emergency treatment in a hospital

Uza sebe ću imati dokaz o uplaćenom zdravstvenom ili putno zdravstvenom osiguranju kako bih ga mogao/la predložiti graničnoj kontroli prilikom svakog ulaska u Republiku Hrvatsku.

I will carry proof of this medical or travel medical insurance with me, which can be presented to border control officers whenever I enter the Republic of Croatia.

Mjesto, datum/Place, date: _____

Potpis/Signature: _____

Pečat/Stamp: