

IZJAVA  
O PUTNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ZA NAKNADNE POSJETE  
**DECLARATION**  
**REGARDING 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 kratkotrajne vize za neograničeni broj ulazaka (broj vize)  
**Holder of short-stay visa (number of the visa)**

---

Izjavljujem da ću za svako sljedeće putovanje u Republiku Hrvatsku unutar razdoblja valjanosti izdane vize imati 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 travel medical insurance that meets the following criteria:**

1. Putno zdravstveno osiguranje je valjano u Republici Hrvatskoj  
**Medical or travel medical insurance is valid for the Republic of Croatia**
2. 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 putno zdravstvenom osiguranju kako bih ga mogao/la predočiti 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:**