

Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Područni ured Zagreb
Mihanovićeve 3
10 001 Zagreb, p.p. 158
T +385 (0)1 4577 150
www.hzzo.hr

09-06-2026

Odjel za pravne poslove
Zagreb, Jukićeva 12
KLASA: 504-05/25-01/90
UR.BROJ: 338-21-02-03-26-5
Zagreb, 08. lipanj 2026. godine

DRAGAN MILENKOVIĆ
KOZARI BOK VII. ODVOJAK 15
ZAGREB
OIB 41437118203

PREDMET: povrat sredstava za troškove liječenja u inozemstvu (ITALIJA)
traži se

Poštovani,

Uvidom u službene evidencije Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Zavod) utvrđeno je da nakon dana 27.02.2023. godine ne ostvarujete status u obveznom zdravstvenom osiguranju Republike Hrvatske.

Sukladno odredbi članka 2. Pravilnika o europskoj kartici zdravstvenog osiguranja (NN broj 144/14) osigurana osoba Zavoda ostvaruje za vrijeme privremenog boravka na području država članica Europske unije pravo na zdravstvene usluge koje su potrebne iz medicinskih razloga.

Uvidom u spis vidljivo je kako ste u razdoblju od 03.07.2023. do 19.12.2023. godine u Italiji, prilikom korištenja zdravstvenih usluga predložili Eurpsku karticu zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske iako niste bili obvezno zdravstveno osigurani u Republici Hrvatskoj.

Člankom 142. Zakona određeno je da je Zavod obvezan zahtijevati naknadu štete u slučajevima predviđenim ovim Zakonom, bez obzira na to što je šteta nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguranoj osobi iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno državnog proračuna.

Temeljem članka 143. Zakona naknada štete koju Zavod ima pravo zahtijevati u slučajevima iz članka 135, 136, te 138. do 142. Zakona obuhvaća troškove za zdravstvene i druge usluge te iznose novčanih naknada i drugih davanja koje plaća Zavod.

Člankom 148. stavkom 1. Zakona, Zavod će uz navođenje dokaza pozvati osiguranu osobu, pravnu ili fizičku osobu, pravnu osobu za osiguranje imovine i osoba ili drugu osobu koja je dužna naknaditi štetu, da u određenom roku naknadi štetu. Temeljem članka 148. stavka 2. Zakona propisuje da ako šteta ne bude naknađena u određenom roku, Zavod tražbinu ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

Kako je troškove korištenja zdravstvene zaštite na dan 06.03.2022. godine u Italiji u ukupnom iznosu **3.876,11 eura** podmirio Zavod, pozivate se izvršiti povrat navedenih troškova na račune Zavoda:

IBAN PRIMATELJA: HR6510010051550100001

MODEL: HR64

POZIV NA BROJ PRIMATELJA: 5916-41722-2650019

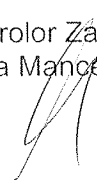
OPIS: POVRAT DRAGAN MILENKOVIĆ A-26/50019

Jednako tako, napominjemo Vam da ćemo u slučaju neizvršavanja dobrovoljnog povrata u navedenom roku od 8 dana od dana zaprimanja ovog poziva, morati potraživati zakonske zatezne kamate koje teku sve dok potraživanje ne bude u cijelosti podmireno

Slijedom navedenog, molimo Vas da dobrovoljno izvršite povrat iznosa kako naplatu ne bismo bili primorani ostvarivati sudskim putem.

S poštovanjem,

Kontrolor Zavoda:
Ivana Mance, dipl. iur.



VODITELJICA ODJELA
ZA PRAVNE POSLOVE:
Vlatka Krčelić, dipl. iur.



O tome obavijestiti:

- Odjel za financije i računovodstvo

POVRATNICA

HRVATSKI ZAVOD ZA
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Regionalni ured Zagreb
Mihanovićeva 3/III, p.p. 158
10001 Zagreb

Ref.

Oznaka spisa:

Naziv opravka koji se dostavlja:

KLASA: 504-05/25-01/90

UR.BR. 338-21-05-01-26-5.

Broj priloga:

Na adresu primatelja:

DRAGAN MILENKOVIĆ

KOZARI BOK VII ODVOJAK 15

10000 ZAGREB

POTVRĐUJEM PRIMITAK POŠILJKE

dan _____

mjesec _____
(dan i mjesec ispisati slovima)

POTPIS _____

ODNOS PREMA PRIMATELJU _____

NAPOMENA DOSTAVLJAČA U SLUČAJU NEURUČENJA

15-06-2026

23-06-2026

Kovčić

(potpis dostavljača)

