

Naziv poslodavca:

Adresa poslodavca:

Broj obveze poslodavca:

OIB poslodavca:

IBAN / Žiro račun poslodavca:

Poslovna banka poslodavca:

Broj telefona kontakt osobe:

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

(naziv lokacije koja je zaprimila Zahtjev)

Zaprimljeno dana: ____.

Zahtjev za povrat sredstava plaćenih na ime PRETHODNOG PREGLEDA

(uz Zahtjev može biti ispostavljeno više računa, ali svi računi moraju biti od istog doktora specijalista medicine rada)

Molimo sukladno članku 18. st. 9. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju specifične zdravstvene zaštite ("Narodne novine" broj 47/14, 157/14, 139/15, 28/16, 26/17, 132/2017, 119/2018, 32/2019., 128/19., 22/20., 147/20., 119/2021. i 145/2021.) izvršiti povrat sredstava koja smo na ime prethodnog pregleda radnika pri zapošljavanju na poslovima s posebnim uvjetima rada odnosno na poslovima za koje se prema drugim zakonima, propisima ili kolektivnom ugovoru utvrđuje zdravstvena sposobnost, uplatili izabranom doktoru specijalisti medicine rada.

U prilogu Vam dostavljamo _____ računa prethodnih pregleda, temeljem kojih je plaćeno _____ eur te ostalu potrebnu dokumentaciju.

Obvezno priložiti:

- Popis radnika na koje se odnosi Zahtjev
- Obrazac RA-1; navesti poslove za koje se utvrđuje zdravstvena sposobnost (odgovarajući članak i točku Pravilnika o poslovima s posebnim uvjetima rada odnosno drugog zakona, propisa ili kolektivnog ugovora osnovom kojeg se utvrđuje zdravstvena sposobnost) te vrstu pregleda koji se traži
- Obrazac RA-2
- Presliku računa nadležnog doktora specijaliste medicine rada
- Presliku dokaza o plaćenom računu

! U slučaju kada se radi o prethodnom pregledu radnika koji mijenja radno mjesto odnosno uvjete rada, potrebno je priložiti novi ugovor o radu ili aneks ugovora

! U slučaju kada se radi o poslodavcu koji prvi puta potražuje refundaciju od strane Zavoda, potrebno je priložiti dokaz o vlasništvu IBAN-a/Žiro-računa navedenog na Zahtjevu

U _____, dana _____

(potpis ovlaštene osobe poslodavca)