

POTVRDENIE O NÁROKU NA VECNÉ DÁVKY NEMOCENSKÉHO POISTENIA A POISTENIA PRE PRÍPAD MATERSTVA PRE OSOBY S BYDLISKOM V INOM AKO PRÍSLUŠNOM ŠTÁTE

Zamestnanci, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinní príslušníci; rodinní príslušníci nezamestnaných osôb

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 1 písm. a); článok 19 ods. 2; článok 25 ods. 3 bod i)
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 17 ods. 1 a ods. 4; článok 27 (prvá veta)

Príslušná inštitúcia vyplní časť A formulára a zašle dve kópie poistencovi alebo, v prípade potreby, prostredníctvom styčného orgánu – inštitúcii v mieste bydliska, ak sa formulár vyplní na žiadosť tejto inštitúcie. Keď táto inštitúcia dostane obidve kópie, vyplní časť B a jednu kópiu vráti príslušnej inštitúcii.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete len do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria 4 strany, žiadna z nich nesmie byť vynechaná.

A. Oznámenie o nároku

1.	Inštitúcia v mieste bydliska ⁽²⁾
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:
1.4	Referencia: váš formulár E 107 zo dňa

2.	Poistenec	
2.1	Priezvisko/á ⁽³⁾ :	
2.2	Meno/á ⁽⁴⁾ :	Dátum narodenia:
2.3	Predchádzajúce meno/á:	
2.4	Adresa v štáte, kde má poistenec bydlisko:	
2.5	Osobné identifikačné číslo:	
2.6	Poistenec	<input type="checkbox"/> je zamestnanec
2.7	Poistenec	<input type="checkbox"/> je samostatne zárobkovo činná osoba
2.8	Poistenec	<input type="checkbox"/> je cezhraničný pracovník (zamestnaný)
2.9	Poistenec	<input type="checkbox"/> je cezhraničný pracovník (samostatne zárobkovo činný)
2.10	Poistenec	<input type="checkbox"/> je nezamestnaný

3.	Rodinný príslušník ⁽⁵⁾	
3.1	Priezvisko/á ⁽³⁾ :	
3.2	Meno/á ⁽⁴⁾ :	Dátum narodenia:
3.3	Predchádzajúce meno/á:	
3.4	Adresa v štáte, kde má poistenec bydlisko:	
3.5	Osobné identifikačné číslo:	

4.1 Uvedený poistenec a jeho rodinní príslušníci⁽⁶⁾, s ktorými má spoločné bydlisko

4.2 Rodinní príslušníci⁽⁶⁾ uvedenej nezamestnanej osoby

5. majú nárok na vecné dávky v chorobe a materstve
od

6. Dané osoby budú mať naďalej nárok

6.1 až do zrušenia tohto potvrdenia

6.2 na obdobie jedného roka od dátumu uvedeného v bode 5⁽⁷⁾

6.3 do vrátane⁽⁸⁾

7. Príslušná inštitúcia nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva

7.1 Názov:

7.2 Identifikačné číslo inštitúcie:

7.3 Adresa:

.....

.....

7.4 Pečiatka 7.5 Dátum:

7.6 Podpis:

.....

B. Oznámenie o zaevidovaní⁽⁹⁾

8.

8.1 Poistenc uvedený v tabuľke 2 a jeho rodinní príslušníci

8.2 Rodinní príslušníci nezamestnanej osoby, uvedení v tabuľke 3

8.3 boli v našej inštitúcii zaevidovaní dňa:

8.4 nemôžu byť v našej inštitúcii zaevidovaní, pretože:

.....

9.

9.1	Priezvisko/á ⁽³⁾	Meno/á ⁽⁴⁾	Predchádzajúce meno/á	Dátum narodenia	Osobné identifikačné číslo
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Inštitúcia v mieste bydliska

10.1 Názov:

10.2 Identifikačné číslo inštitúcie:

10.3 Adresa:

.....

.....

10.4 Pečiatka 10.5 Dátum:

10.6 Podpis:

.....

Informácie pre poistenca

- a) Tento formulár vás a vašich rodinných príslušníkov oprávňuje poberať vecné dávky nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva. Ak ste nezamestnaný/á, tento formulár nie je určený vám; je určený iba vašim rodinným príslušníkom, ktorí majú bydlisko v inom členskom štáte, ako je štát, kde ste poistený/á.
- b) Dve kópie formulára, ktoré máte, musia byť čo najskôr predložené inštitúcii nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva v mieste vášho bydliska. Ak ste nezamestnaný/á, formulár musia vaši rodinní príslušníci predložiť inštitúcii nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva v mieste ich bydliska.
- c) Inštitúcie nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva sú:
- v **Belgicku** „mutualité“ (miestny fond nemocenského poistenia) podľa vlastného výberu;
 - v **Českej republike** „Zdravotní pojišťovna“, fond zdravotného poistenia v mieste bydliska;
 - v **Dánsku** miestny úrad v mieste bydliska;
 - v **Nemecku** „Krankenkasse“ (fond nemocenského poistenia) podľa výberu poistenca;
 - v **Estónsku** „Eesti Haigekassa“ (Estónsky fond zdravotného poistenia);
 - v **Grécku** spravidla regionálna alebo miestna pobočka Inštitútu sociálneho poistenia (IKA). Pobočka vystaví danej osobe „zdravotnú knižku“, bez ktorej sa nemôžu poskytnúť vecné dávky;
 - v **Španielsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinčné riaditeľstvo Národného inštitútu sociálneho zabezpečenia) v mieste bydliska. Ak sa uchádzate o dávky, môžete o ne požiadať zdravotnícke alebo nemocničné služby španielskeho zdravotného systému sociálneho zabezpečenia. Musíte predložiť formulár spolu s fotokópiou;
 - vo **Francúzsku** „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Miestny fond nemocenského poistenia);
 - v **Írsku** miestna pobočka orgánu zdravotnej exekutívy;
 - v **Taliansku** zvyčajne „Azienda sanitaria locale“ (ASL, miestny odbor zdravotnej správy), zodpovedný za príslušnú oblasť. Pre námorníkov a posádky civilného letectva „Ministero della sanità, Ufficio di sanità marittima o aerea“ (Ministerstvo zdravotníctva, Oblastný úrad zdravotníctva pre obchodné námorníctvo a civilné letectvo);
 - na **Cypre** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotníctva, 1448 Nikózia), príslušná osoba dostane na požiadanie cyperskú zdravotnú kartu, bez ktorej jej štátne zdravotnícke inštitúcie nemôžu poskytnúť žiadne vecné dávky;
 - v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Štátna agentúra povinného zdravotného poistenia);
 - v **Litve** „Teritorinį ligonių kasa“ (Oblastný fond pre pacientov), inštitúcie pre choroby a materstvo;
 - v **Luxembursku** „Caisse de maladie des ouvriers“ (Nemocenský fond pre manuálnych pracovníkov);
 - v **Maďarsku** príslušná miestna pobočka zdravotnej poisťovne „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“;
 - na **Malte** „Entitlement Unit, Ministry of Health“ (Sekcia vybavovania nárokov pri Ministerstve zdravotníctva), John Street 23, Valetta;
 - v **Holandsku** akýkoľvek nemocenský fond príslušný podľa miesta bydliska;
 - v **Rakúsku** „Gebietskrankenkasse“ (Regionálny fond nemocenského poistenia), príslušný podľa miesta bydliska;
 - v **Poľsku** oblastná pobočka Národného zdravotného fondu „Narodowy Fundusz Zdrowia“, príslušná podľa miesta bydliska;
 - v **Portugalsku**, pokiaľ ide o kontinentálne územie, „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Oblastné stredisko solidarity a sociálneho zabezpečenia) v mieste bydliska; pokiaľ ide o **Madeiru**, „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Stredisko sociálneho zabezpečenia na Madeire) vo Funchale; pokiaľ ide o **Azorské ostrovy** „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Centrum peňažných dávok) v mieste bydliska;
 - v **Slovinsku** „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Úrad zdravotného poistenia v Slovinsku);
 - na **Slovensku** zdravotná poisťovňa podľa výberu poistenca;
 - vo **Fínsku** miestna pobočka „Kansaneläkelaitos“ (Úrad sociálneho poistenia);
 - vo **Švédsku** „Försäkringskassan“ (miestna pobočka úradu sociálneho poistenia) v mieste bydliska;
 - v **Spojenom kráľovstve** „Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre“ (Oddelenie práce a dôchodkov, Útvar dôchodkov, Medzinárodné stredisko dôchodkov), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne alebo v Severnom Írsku „Department for Social Development, Overseas Benefits Branch“ (Oddelenie sociálneho rozvoja, Odbor zahraničných dávok), Block 2, Castle Buildings, Belfast, podľa potreby;
 - na **Islande** „Tryggingastofnun ríkisins“ (Národný úrad sociálneho zabezpečenia), Reykjavík;
 - v **Lichtenštajnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (Úrad pre národné hospodárstvo), Vaduz;
 - v **Nórsku** „lokale trygdekontor“ (Miestny úrad poistenia) v mieste bydliska;
 - vo **Švajčiarsku** „Institutione commune LAMal – Instrukzione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG“ (Spoločná inštitúcia na základe Federálneho zákona o nemocenskom poistení), Solothurn.
- d) Tento formulár je platný od dátumu uvedeného v bode 5 a platí počas obdobia vymedzeného v tabuľke 6 pri štvorčeku označenom krížikom.
- e) Vy alebo vaši rodinní príslušníci musíte informovať poisťovaciú inštitúciu, ktorej bol formulár predložený, o akejkoľvek zmene okolností, ktorá by mohla ovplyvniť právo na vecné dávky, napr. ukončenie alebo zmena zamestnania, zmena miesta bydliska alebo pobytu vás alebo vášho rodinného príslušníka.

POZNÁMKY

- (¹) Symbol štátu, do ktorého patrí inštitúcia vyplňajúca formulár: BE = Belgicko; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Nemecko; EE = Estónsko; GR = Grécko; ES = Španielsko; FR = Francúzsko; IE = Írsko; IT = Taliansko; CY = Cyprus; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Luxembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Holandsko; AT = Rakúsko; PL = Poľsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Fínsko; SE = Švédsko; UK = Spojené kráľovstvo; IS = Island; LI = Lichtenštajnsko; NO = Nórsko; CH = Švajčiarsko.
- (²) Vyplňte, len ak sa formulár vystavuje na žiadosť inštitúcie v mieste bydliska.
- (³) Uvedte priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (⁴) Uvedte mená v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (⁵) Vyplňte, len ak sa formulár týka rodinných príslušníkov nezamestnanej osoby. Kvôli evidencii uvedte iba jedného rodinného príslušníka, pretože legislatíva štátu bydliska určuje, ktorí rodinní príslušníci majú nárok na dávky.
- (⁶) Legislatíva štátu bydliska určuje, ktorí rodinní príslušníci majú nárok na dávky.
- (⁷) Ak formulár vystavuje nemecká, francúzska, talianska alebo portugalská inštitúcia.
- (⁸) Ak tento formulár zamestnancom alebo samostatne zárobkovo činným osobám vystavuje grécka alebo maďarská inštitúcia, alebo inštitúcia Spojeného kráľovstva.
- (⁹) Ak sa tento formulár vystavuje na predĺženie platnosti predtým vydaného potvrdenia, nie je potrebné vyplňať časť B.