

POTRDILO O PRAVICI DO STORITEV IZ ZAVAROVANJA ZA PRIMER BOLEZNI IN MATERINSTVA ZA OSEBE,
KI PREBIVAJO V DRŽAVI, KI NI PRISTOJNA DRŽAVA

Zaposlene in samozaposlene osebe ter njihovi družinski člani, ki prebivajo z njimi;
družinski člani brezposelnih oseb

Uredba (EGS) št. 1408/71; člen 19(1)(a); člen 19(2); člen 25(3)(i)

Uredba (EGS) št. 574/72; člen 17(1) in (4); člen 27 (prvi stavek)

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in poslati dva izvoda zavarovani osebi ali, kadar je to potrebno, prek organa za zvezo nosilcu v kraju stalnega prebivališča, če se obrazec izpolni na zahtevo tega nosilca. Ta mora takoj po prejemu obeh izvodov izpolniti del B in en izvod poslati pristojnemu nosilcu.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 4 strani,
od katerih ne sme nobena manjkati.

A. Obvestilo o pravici

1.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča ⁽²⁾
1.1	Ime:
1.2	Identifikacijska številka nosilca:
1.3	Naslov:
1.4	Zveza: vaš obrazec E 107 z dne

2.	Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) ⁽³⁾ :
2.2	Ime(-na) ⁽⁴⁾ : Datum rojstva:
2.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na):
2.4	Naslov v državi stalnega prebivališča:
2.5	Osebna identifikacijska številka:
2.6	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je zaposlena oseba
2.7	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je samozaposlena oseba
2.8	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je obmejni delavec (zaposlen)
2.9	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je obmejni delavec (samozaposlen)
2.10	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je brezposelni delavec

3.	Družinski član ⁽⁵⁾
3.1	Priimek(-ki) ⁽³⁾ :
3.2	Ime(-na) ⁽⁴⁾ : Datum rojstva:
3.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na):
3.4	Naslov v državi stalnega prebivališča:
3.5	Osebna identifikacijska številka:

4.1 Zgoraj navedena zavarovana oseba in družinski člani⁽⁶⁾, ki prebivajo z njo

4.2 Družinski člani⁽⁶⁾ zgoraj navedene brezposelne osebe

5. so upravičeni do storitev iz zavarovanja za primer bolezni in materinstva
od dne

6. Zadevne osebe bodo upravičene do storitev

6.1 do preklica tega potrdila

6.2 v obdobju enega leta od datuma, navedenega v točki 5⁽⁷⁾

6.3 do vključno⁽⁸⁾

7. Pristojni nosilec zavarovanja za primer bolezni in materinstva

7.1 Ime:

7.2 Identifikacijska številka nosilca:

7.3 Naslov:

7.4 Žig 7.5 Datum:

7.6 Podpis:

B. Obvestilo o prijavi⁽⁹⁾

8.

8.1 Zavarovano osebo, navedeno v točki 2, in njene družinske člane

8.2 Družinske člane brezposelne osebe, navedene v točki 3,

8.3 smo prijavili dne

8.4 ne moremo prijaviti, ker

9.

9.1	Priimek(-ki) ⁽³⁾	Ime(-na) ⁽⁴⁾	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na)	Datum rojstva	Osebna identifikacijska številka
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Nosilec v kraju stalnega prebivališča

10.1 Ime:

10.2 Identifikacijska številka nosilca:

10.3 Naslov:

10.4 Žig 10.5 Datum:

10.6 Podpis:

Informacije za zavarovano osebo

- (a) S tem obrazcem vi in vaši družinski člani pridobite pravico do storitev iz zavarovanja za primer bolezni in materinstva. Če ste brezposelni, ta obrazec ni namenjen vam; temveč le vašim družinskim članom, ki prebivajo v državi članici, ki ni tista, v kateri ste zavarovani.
- (b) Dva izvoda obrazca, s katerima razpolagate, morate čimprej predložiti nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva v kraju vašega stalnega prebivališča. Če ste brezposelni, morajo obrazec nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva predložiti vaši družinski člani v kraju njihovega stalnega prebivališča.
- (c) Nosilci zavarovanja za primer bolezni in materinstva so:
- v **Belgiji**, "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;
 - na **Češkem**, "Zdravotní pojišťovna", sklad zdravstvenega zavarovanja v kraju stalnega prebivališča;
 - na **Danskem**, občinska uprava v kraju stalnega prebivališča;
 - v **Nemčiji**, "Krankenkasse" (bolniška blagajna), ki jo izbere zadevna oseba;
 - v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Estonski sklad zdravstvenega zavarovanja);
 - v **Grčiji**, običajno območna ali krajevna izpostava Zavoda za socialno zavarovanje (IKA); Izpostava mora zadevni osebi izdati "zdravstveno knjižico", brez katere storitve ji ne morejo biti zagotovljene;
 - v **Španiji**, "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Deželni direktorat državnega zavoda za socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča. Če potrebujete storitve, se lahko obrnete na zdravstveno službo in bolnišnice, ki so vključene v španski zdravstveni sistem socialne varnosti. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;
 - v **Franciji**, "Caisse primaire d'assurance-maladie" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);
 - na **Irskem**, krajevni zdravstveni urad Izvršnega odbora za zdravstvo (Health Service Executive);
 - v **Italiji**, običajno "Azienda sanitaria locale" (ASL, krajevna zdravstvena upravna enota), pristojna za zadevno območje. Za pomorščake in posadke civilnih letal, "Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministrstvo za zdravstvo, Zdravstveni urad za mornarico ali letalstvo);
 - na **Cipru**, "Υπουργείο Υγείας" (Ministry of Health, 1448 Nikozija), na podlagi prijave bo zadevna oseba prejela ciprsko zdravstveno kartico, brez katere ji pri vladnih zdravstvenih ustanovah storitve ne morejo biti zagotovljene;
 - v **Latviji**, "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje), v **Litvi**, "Territorial Patient Fund", ustanove za bolezni in materinstvo;
 - v **Luksemburgu**, "Caisse de maladie des ouvriers" (zdravstveni sklad za fizične delavce);
 - na **Madžarskem**, pristojni "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (krajevni urad za zdravstveno zavarovanje);
 - na **Malti**, "Entitlement Unit, Ministry of Health" (Oddelek za pravice, Ministrstvo za zdravje), 23, John Street, Valletta;
 - na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, pristojen za kraj stalnega prebivališča;
 - v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (Območni sklad za zdravstveno zavarovanje), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
 - na **Poljskem**, območna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (nacionalni zdravstveni sklad), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
 - na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**: "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Območni center za solidarnost in socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča; za **Madeiro**, "Centro de Segurança Social da Madeira" (Center za socialno varnost Madeira), Funchal; za **Azore**: "Centro de Prestações Pecuniárias" (Center za denarna nadomestila) v kraju stalnega prebivališča;
 - v **Sloveniji**, pristojna območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS);
 - na **Slovaškem**, "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;
 - na **Finskem**, lokalna izpostava "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje);
 - na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (krajevni urad za socialno zavarovanje) v kraju stalnega prebivališča;
 - v **Združenem kraljestvu**, "Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; ali za Severno Irsko "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (Ministrstvo za socialni razvoj, izpostava za prekomorske dajatve), Block 2, Castle Buildings, Belfast;
 - na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni inštitut za socialno varnost), Reykjavik;
 - v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;
 - na **Norveškem**, "lokale trygdekontor" (krajevni zavarovalni urad) v kraju stalnega prebivališča;
 - v **Švici**, "Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn.
- (d) Ta obrazec je veljaven od datuma, navedenega v točki 5, za obdobje, označeno s križcem v ustreznem kvadratu v točki 6.
- (e) Vi ali vaši družinski člani morate/morajo nosilca zavarovanja, kateremu ste poslali obrazec, obvestiti o katerih koli spremembah, ki bi lahko vplivale na pravico do storitev, kot je prenehanje ali sprememba zaposlitve, sprememba vašega stalnega ali začasnega prebivališča oziroma stalnega ali začasnega prebivališča vašega družinskega člana.

OPOMBE

- (¹) Oznaka države, kateri pripada ustanova, ki izpolni obrazec: B= Belgija; CZ = Češka; DK = Danska; DE = Nemčija; EE = Estonija; GR = Grčija; ES = Španija; FR = Francija; IE = Irska; IT = Italija; CY = Ciper; LV = Latvija; LT = Litva; LU = Luksemburg; HU = Madžarska; MT = Malta; NL = Nizozemska; AT = Avstrija; PL = Poljska; PT = Portugalska; SI = Slovenija; SK = Slovaška; FI = Finska; SE = Švedska; UK = Združeno kraljestvo; IS = Islandija; LI = Lihtenštajn; NO = Norveška; CH = Švica;
- (²) Izpolnite samo v primeru, da je obrazec izdan na zahtevo nosilca v kraju stalnega prebivališča.
- (³) Navedite priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (⁴) Navedite imena v vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.
- (⁵) Izpolnite le, če se obrazec nanaša na družinske člane brezposelne osebe. Navedite enega družinskega člana le za prijavo, saj zakonodaja države stalnega prebivališča določa, kateri družinski člani so upravičeni do storitev.
- (⁶) Zakonodaja države stalnega prebivališča določa, kateri družinski člani so upravičeni do storitev.
- (⁷) Če izda obrazec nemški, francoski, italijanski ali portugalski nosilec.
- (⁸) Če obrazec izda nosilec za zaposlene ali samozaposlene osebe Grčije, Madžarske ali Združenega kraljestva.
- (⁹) Če se obrazec izda za podaljšanje predhodno izdanega potrdila, ni treba izpolniti dela B.