

POTVRDENIE PRE REGISTRÁCIU RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOV POISTENCA A AKTUALIZÁCIU ZOZNAMOV

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 2  
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 17 ods. 1 ods. 2, ods. 3 a ods. 4; článok 94 ods. 4

Príslušná inštitúcia vyplní časť A formulára a poistencovi vystaví dve kópie alebo, ak sa formulár vyplní na žiadosť tejto inštitúcie, zašle ich, v prípade potreby prostredníctvom styčného orgánu, inštitúcii v mieste bydliska. Ak majú rodinní príslušníci poistenca bydlisko v Spojenom kráľovstve, príslušná inštitúcia zašle obidve kópie na Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre (Ministerstvo práce a dôchodkov, sekcia pre dôchodky, medzinárodné stredisko pre dôchodky), Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Keď inštitúcia v mieste bydliska dostane dve kópie, vyplní časť B a jednu kópiu vráti príslušnej inštitúcii. Ak majú rodinní príslušníci bydlisko v rôznych štátoch, je potrebné vystaviť pre každý štát osobitné potvrdenie.

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

A. Oznámenie nároku

1.	Inštitúcia v mieste bydliska <sup>(2)</sup>
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 <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Meno/á <sup>(4)</sup> : ..... Dátum narodenia: .....
2.3	Predchádzajúce meno/á: .....
2.4	Adresa: ..... .....
2.5	Osobné identifikačné číslo: .....
2.6	Poistenec <input type="checkbox"/> je samostatne zárobkovo činná osoba

3.	Rodinný príslušník
3.1	Priezvisko/á <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Meno/á <sup>(4)</sup> : ..... Dátum narodenia: .....
3.3	Predchádzajúce meno/á: .....
3.4	Adresa: ..... .....
3.5	Osobné identifikačné číslo: .....

4. Rodinní príslušníci uvedeného poistenca majú nárok na vecné dávky nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva, ak

už nemajú nárok na takéto dávky podľa legislatívy štátu, v ktorom majú bydlisko<sup>(5)</sup>

nevykonávajú zárobkovú činnosť alebo obchodné aktivity<sup>(5)</sup>

5. Tento nárok vzniká dňa .....

6. a trvá

6.1  až do zrušenia platnosti tohto potvrdenia6.2  počas jedného roka odo dňa uvedeného v tabuľke 5<sup>(6)</sup>6.3  až do dňa ukončenia sezónnej práce, t. j.6.4  do<sup>(7)</sup> ..... vrátane7.  Prosím, vráťte Európsky preukaz zdravotného poistenia osoby uvedenej v tabuľke 3, číslo .....  
a platný do .....

8. Príslušná inštitúcia

8.1 Názov:

.....

8.2 Identifikačné číslo inštitúcie: .....

8.3 Adresa: .....

.....

8.4 Pečiatka

8.5 Dátum: .....

8.6 Podpis: .....

**B. Oznámenie o registrácii<sup>(8)</sup>**9.  <sup>(9)</sup>

Títo rodinní príslušníci neboli zaregistrovaní:

	Priezviská <sup>(3)</sup>	Mená <sup>(4)</sup>	Dátum narodenia	Osobné identifikačné číslo
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

pretože

 nemajú nárok na dávky už im vznikol nárok na vecné dávky z iných dôvodov10.  <sup>(9)</sup>

Zaregistrovaní boli títo rodinní príslušníci poistenca uvedeného v tabuľke 2:

	Priezviská <sup>(3)</sup>	Mená <sup>(4)</sup>	Dátum narodenia	Osobné identifikačné číslo
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 Náklady na tieto dávky bude znášať vaša inštitúcia. Dátum, od ktorého sa má vyrátať paušálna suma uvedená v článku 94 nariadenia (EHS) č. 574/72, je .....

11.	Európsky preukaz zdravotného poistenia	
11.1	<input type="checkbox"/>	Európsky preukaz zdravotného poistenia číslo: ..... vyžiadaný v tabuľke 7, je priložený k tomuto formuláru.
11.2	<input type="checkbox"/>	Prosím uveďte opatrenia, ktoré sa majú uplatniť v súvislosti s Európskym preukazom zdravotného poistenia vydaným osobe uvedenej v tabuľke 3, číslo: ....., a platným do: .....

12.	Inštitúcia v mieste bydliska	
12.1	Názov: .....	
12.2	Identifikačné číslo inštitúcie: .....	
12.3	Adresa: .....	
12.4	Pečiatka	12.5 Dátum: .....
		12.6 Podpis .....

### Pokyny pre poistenca

- a) Tento formulár umožňuje vašim rodinným príslušníkom poberať vecné dávky v prípade choroby alebo materstva v štáte, v ktorom majú bydlisko, a podľa legislatívy tohto štátu, ak už nemajú nárok na takéto dávky podľa uvedenej legislatívy.
- b) Akonáhle dostanete dve kópie tohto formulára, mali by ste ich zaslať vašim rodinným príslušníkom, ktorí by ich mali **ihneď** predložiť inštitúcii nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva v mieste svojho bydliska, t. j.:
- v **Belgicku** „Mutualité“ (Miestny fond nemocenského poistenia) podľa vlastného výberu;
  - v **Českej republike** „Zdravotní pojišťovna“ v mieste vášho bydliska;
  - v **Dánsku** miestny úrad v mieste bydliska;
  - v **Nemecku** „Krankenkasse“ (Fond nemocenského poistenia) podľa vlastného výberu;
  - v **Estónsku** „Eesti Haigekassa“ (Estónsky fond zdravotného poistenia);
  - v **Grécku** zvyčajne regionálna alebo miestna pobočka Inštitútu sociálneho poistenia (IKA). Príslušnej osobe vydá „zdravotnú knižku“, bez ktorej nie je možné poskytnúť vecné dávky;
  - v **Španielsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinčné riaditeľstvo národnej inštitúcie sociálneho zabezpečenia);
  - vo **Francúzsku** „Caisse primaire d'assurance maladie“ (Miestny fond nemocenského poistenia); Ak ste na bod 2.6 odpovedali „áno“, môžete formulár zaslať do „Société de secours minière“ (Spoločnosť pomoci pre baníkov);
  - v **Írsku** miestna pobočka Úradu zdravotníckej exekutívy;
  - v **Talianku** zvyčajne „Azienda sanitaria locale“ (miestny odbor zdravotnej správy) zodpovedný za príslušnú oblasť;
  - na **Cypre** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotníctva, 1448 Nikózia), inštitúcia nemocenského poistenia a poistenia v prípade materstva; príslušná osoba na požiadanie dostane cyperskú zdravotnú kartu, bez ktorej v štátnych zdravotníckych zariadeniach nie je možné poskytnúť žiadne dávky;
  - v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Štátna agentúra povinného zdravotného poistenia), v **Litve** „Teritorinį ligonių kasa“ (Oblasťný fond pre pacientov), inštitúcie pre ochorenia a materstvo;
  - v **Luxembursku** „Caisse de maladie des ouvriers“ (Zdravotný fond pre manuálnych pracovníkov);
  - v **Maďarsku** príslušný „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Miestny fond nemocenského poistenia);
  - na **Malte** „Entitlement Unit, Ministry of Health“ (Sekcia nárokov, ministerstvo zdravotníctva), 23 John Street, Valetta;
  - v **Holandsku** ktorýkoľvek nemocenský fond príslušný podľa miesta bydliska;
  - v **Rakúsku** „Gebietskrankenkasse“ (Regionálny fond nemocenského poistenia) príslušný podľa miesta bydliska;
  - v **Poľsku** oblasťná pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Národný fond zdravia) príslušná podľa miesta bydliska;
  - v **Portugalsku, ak ide o kontinentálne Portugalsko**, „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (Oblasťné stredisko solidarity a sociálneho zabezpečenia) v mieste bydliska; ak ide o **Madeiru**, „Centro de Segurança Social da Madeira“ (Madeirské stredisko sociálneho zabezpečenia), Funchal; ak ide o **Azory**, „Centro de Prestações Pecuniárias“ (Centrum peňažných dávok) v mieste bydliska;
  - v **Slovinsku** miestna pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Inštitút zdravotného poistenia v Slovinsku) v mieste bydliska;
  - na **Slovensku** zdravotná poisťovňa podľa výberu poistenca;
  - vo **Fínsku** miestna pobočka „Kansaneläkelaitos“ (Inštitúcia sociálneho poistenia);
  - vo **Švédsku** „Försäkringskassan“ (Sociálna poisťovňa) v mieste bydliska;
  - v **Spojenom kráľovstve** „Department for Work and Pensions, 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;
  - na **Islande** „Tryggingastofnun riskins“ (Štátny inštitút sociálneho zabezpečenia), Reykjavík;
  - v **Lichtenštajnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (Úrad pre národné hospodárstvo), Vaduz;
  - v **Nórsku** „Lokale Trygdekontor“ (Miestna poisťovňa) v mieste bydliska;
  - vo **Švajčiarsku** „Institution commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG“ (Spoločná inštitúcia na základe federálneho zákona o nemocenskom poistení), Solothurn.
- c) Tento formulár je platný odo dňa uvedeného v tabuľke 5 a platí počas obdobia vymedzeného v tabuľke 6 podľa štvorčeka označeného krížikom.
- d) Vyžaduje sa, aby ste vy i vaši rodinní príslušníci informovali inštitúciu o každej zmene, ktorá by mohla ovplyvniť právo na dávky, ako je napríklad ukončenie alebo zmena zamestnania, alebo zmena bydliska vás, alebo vášho rodinného príslušníka.

## POZNÁMKY

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Vyplňte len v prípade, ak sa formulár vystavuje na žiadosť inštitúcie v mieste bydliska.
- (<sup>3</sup>) Uvedte všetky priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (<sup>4</sup>) Uvedte mená v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (<sup>5</sup>) Krížikom označte štvorček, ak je formulár adresovaný inštitúcii v Írsku alebo v Spojenom kráľovstve.
- (<sup>6</sup>) Ak formulár vystavuje inštitúcia v Nemecku, Francúzsku, Taliansku alebo Portugalsku.
- (<sup>7</sup>) Ak formulár zamestnancom alebo samostatne zárobkovo činným osobám vystavuje inštitúcia v Grécku alebo Maďarsku, alebo úrad Spojeného kráľovstva.
- (<sup>8</sup>) Ak sa tento formulár vystavuje ako obnovenie predtým vydaného potvrdenia, ktorého platnosť sa skončila, inštitúcia v mieste bydliska nemusí vyplniť časť B.
- (<sup>9</sup>) Tabuľky 9 alebo 10 vyplňte podľa potreby a príslušný štvorček označte krížikom.