

**POTVRDENIE O ZACHOVANÍ NÁROKU NA V SÚČASNOSTI POSKYTOVANÉ NEMOCENSKÉ DÁVKY A DÁVKY V MATERSTVE**

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 22 ods. 1 písm. b) bod i); článok 22 ods. 1 písm. c) bod i); článok 22 ods. 3; článok 22 písm. a); článok 31 Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 22 ods. 1 a ods. 3; článok 23; článok 31 ods. 1 a ods. 3

Príslušná inštitúcia alebo inštitúcia v mieste bydliska poistenca, dôchodcu alebo rodinného príslušníka vystaví tento formulár poistencovi, dôchodcovi alebo rodinnému príslušníkovi. Ak poistenec alebo dôchodca vycestuje do Spojeného kráľovstva, jedna kópia sa zašle aj na Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre (Ministerstvo práce a dôchodkov, Útvar pre dôchodky, Medzinárodné stredisko pre dôchodky), Tyneview Park, Newcastle upon Tyne.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete iba do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria 2 strany, žiadna z nich nesmie byť vynechaná.

1.	<input type="checkbox"/> Poistenec	<input type="checkbox"/> Rodinný príslušník poistenca
	<input type="checkbox"/> Samostatne zárobkovo činná osoba	<input type="checkbox"/> Rodinný príslušník samostatne zárobkovo činnnej osoby
	<input type="checkbox"/> Dôchodca (zamestnanec)	<input type="checkbox"/> Rodinný príslušník dôchodcu (zamestnanca)
	<input type="checkbox"/> Dôchodca (samostatne zárobkovo činná osoba)	<input type="checkbox"/> Rodinný príslušník dôchodcu (samostatne zárobkovo činnnej osoby)
1.1	Priezvisko/á <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Meno/á <sup>(3)</sup> : .....	Dátum narodenia: .....
1.3	Predchádzajúce meno/á: .....	
1.4	Adresa v príslušnom štáte: .....	
1.5	Adresa v štáte, kam príslušná osoba vycestuje: .....	
1.6	Osobné identifikačné číslo <sup>(4)</sup> : .....	
2.	Uvedená osoba je oprávnená zachovať si právo na vecné dávky	
	<input type="checkbox"/> z nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva	<input type="checkbox"/> z poistenia mimopracovných úrazov <sup>(5)</sup>
	v ..... (štáte), kam vycestuje	
2.1	<input type="checkbox"/> na účely bydliska	
2.2	<input type="checkbox"/> na účely liečby v/u <sup>(6)</sup> .....	
	alebo v ktoromkoľvek zariadení podobného charakteru v prípade prevozu, ktorý je z lekárskeho hľadiska nevyhnutný s ohľadom na jej liečbu.	
2.3	<input type="checkbox"/> na účely zaslania biologických vzoriek na vykonanie testov bez toho, aby príslušná osoba musela byť prítomná.	
3.	Tieto dávky možno poskytnúť po predložení tohto potvrdenia	
	od ..... do ..... vrátane.	
4.	Správa nášho revízneho lekára	
4.1	<input type="checkbox"/> je priložená k tomuto formuláru v uzavretej obálke	
4.2	<input type="checkbox"/> bola zaslaná dňa ..... inštitúcii <sup>(7)</sup> .....	
4.3	<input type="checkbox"/> bude zaslaná na požiadanie	
4.4	<input type="checkbox"/> nebola vypracovaná	
5.	Príslušná inštitúcia	
5.1	Názov: .....	
5.2	Identifikačné číslo inštitúcie: .....	
5.3	Adresa: .....	
5.4	Pečiatka	5.5 Dátum: .....
		5.6 Podpis: .....

### Pokyny pre príslušnú osobu

Tento formulár čo najskôr predložte inštitúcii nemocenského poistenia a poistenia v prípade materstva v mieste, kam vycestujete, t. j.:

v **Belgicku** „mutualité“ (miestny fond nemocenského poistenia) podľa vlastného výberu;  
 v **Českej republike** „Zdravotní pojišťovna“ podľa vlastného výberu;  
 v **Dánsku** poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, zvyčajne všeobecný lekár, ktorý vám odporučí odborného lekára;  
 v **Nemecku** „Krankenkasse“ (Fond nemocenského poistenia) podľa vlastného výberu;  
 v **Estónsku** „Eesti Haigekassa“ (Agentúra nemocenského 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** služby ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti zdravotného systému, ktorý je súčasťou španielskeho systému sociálneho poistenia. Je potrebné predložiť tento formulár a jeho fotokópiu;  
 vo **Francúzsku** „Caisse primaire d'assurance maladie“ (miestny fond nemocenského poistenia);  
 v **Írsku** miestna pobočka Úradu zdravotníckej exekutívy;  
 v **Taliansku** „Azienda sanitaria locale“ (miestny odbor zdravotnej správy), zodpovedný za príslušnú oblasť;  
 na **Cypre** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotníctva, 1448 Nikózia);  
 v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Štátna agentúra povinného zdravotného poistenia);  
 v **Litve** „Territorial Patient Fund“ (Inštitúcia pre choroby a materstvo);  
 v **Luxemburgsku** „Caisse de maladie des ouvriers“ (Zdravotný fond pre manuálnych pracovníkov);  
 v **Maďarsku** poskytovateľ zdravotnej starostlivosti;  
 na **Malte** štátne zdravotnícke zariadenie (lekár, zubný lekár, nemocnica, zdravotné stredisko), ktoré poskytuje starostlivosť;  
 v **Holandsku** ktorýkoľvek fond nemocenského poistenia, príslušný podľa miesta bydliska alebo, ak ide o prechodný pobyt, „Agis zorgverzekeringen“, Utrecht;  
 v **Rakúsku** „Gebietskrankenkasse“ (Regionálny fond nemocenského poistenia), príslušný podľa miesta bydliska alebo pobytu;  
 v **Poľsku** oblasťná pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Národný fond zdravia), príslušný podľa miesta bydliska alebo pobytu;  
 v **Portugalsku**, pokiaľ ide o kontinentálne **Portugalsko**, „Administração Regional de Saúde“ (Oblasťná správa zdravotníctva) v mieste bydliska alebo pobytu; pokiaľ ide o **Madeiru**, „Centro de Saúde“ (Zdravotné stredisko) v mieste pobytu; pokiaľ ide o **Azory**, „Centro de Saúde“ (Zdravotné stredisko) v mieste pobytu;  
 v **Slovinsku** miestna pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZZ)“ (Inštitút zdravotného poistenia v Slovinsku) v mieste bydliska alebo pobytu;  
 na **Slovensku** zdravotná poisťovňa podľa výberu poistenca;  
 vo **Fínsku** miestna pobočka „Kansaneläkelaitos“ (Inštitúcia sociálneho poistenia). Je potrebné formulár predložiť mestskému zdravotnému stredisku alebo verejnému zariadeniu zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytuje liečebnú starostlivosť;  
 vo **Švédsku** „Försäkringskassan“ (Miestna sociálna poisťovňa). Je potrebné formulár predložiť inštitúcii, ktorá poskytuje starostlivosť;  
 v **Spojenom kráľovstve** zdravotníckemu zariadeniu (lekár, zubný lekár, zariadenie ústavnej starostlivosti a pod.), ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť;  
 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);  
 vo **Švajčiarsku** „Institutione commune LAMal – Institutione commune KVG“ (Spoločná inštitúcia na základe federálneho zákona o zdravotnom poistení), Solothurn. Formulár je potrebné predložiť lekárovi alebo zariadeniu ústavnej starostlivosti, ktoré poskytuje starostlivosť.

### POZNÁMKY

- (1) Symbol štátu, do ktorého patrí inštitúcia, ktorá vyplňa 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) Uveďte všetky priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (3) Uveďte mená v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (4) Uveďte číslo poistenca, ak jeho rodinný príslušník nemá osobné identifikačné číslo.
- (5) Pokiaľ ide o samostatne zárobkovo činné osoby v poľnohospodárstve, vyplňajú francúzske inštitúcie.
- (6) Vyplňte podľa možnosti.
- (7) Názov a adresa inštitúcie, ktorej bola zaslaná lekárska správa.