

ŽIADOSŤ O PEŇAŽNÉ DÁVKY ZA PRACOVNÚ NESCHOPNOSŤ

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 1 písm. b); článok 22 ods. 1 písm. a) bod ii); článok 25 ods. 1 písm. b); článok 52 písm. b); článok 55 ods. 1 písm. a) bod ii)

Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 18 ods. 2 a ods. 3; článok 24; článok 26 ods. 5 a ods. 7; článok 61 ods. 2 a ods. 3; článok 64

Ak sa formulár vystavuje poistencovi v aktívnom zamestnaní, vyplní sa len jedna kópia a zašle sa príslušnej inštitúcii nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva alebo inštitúcii poistenia proti pracovným úrazom a chorobám z povolania. Ak sa však týka nezamestnanej osoby, vystavia sa dve dodatočné kópie, z ktorých jedna sa zašle príslušnej inštitúcii poistenia v nezamestnanosti a druhá zodpovedajúcej inštitúcii v štáte, do ktorého nezamestnaná osoba vycestovala, aby si tam našla zamestnanie.

Tento formulár vyplňte tlačeným písmom a píšete len do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria tri strany.

1.	Príslušná inštitúcia
1.1	Názov:
1.2	Adresa:
1.3	Identifikačné číslo inštitúcie:

2.	<input type="checkbox"/> Zamestnanec	<input type="checkbox"/> Samostatne zárobkovo činná osoba	<input type="checkbox"/> Nezamestnaná osoba
2.1	Priezvisko/á ⁽²⁾ :	Rodné priezvisko (ak sa odlišuje):	
2.2	Mená:	Dátum narodenia:	
2.3	Osobné identifikačné číslo:		
2.4	Má formulár E 119 zo dňa	(³)	
	a formulár E 303 zo dňa	(³)	

3.	Zamestnávateľ ⁽⁴⁾
3.1	Meno zamestnávateľa alebo názov spoločnosti:
3.2	Adresa:

A. ⁽⁵⁾ Žiadosť o dávky

4.	Osoba uvedená v tabuľke 2 požiadala dňa (dátum) o peňažné dávky z tohto dôvodu		
	<input type="checkbox"/> ústavná starostlivosť od do (dátumy) v nemocnici, zariadení preventívnej starostlivosti alebo rehabilitačnom centre ⁽⁶⁾		
	<input type="checkbox"/> pracovná neschopnosť z uvedeného dôvodu		
4.1	<input type="checkbox"/> choroba	<input type="checkbox"/> materstvo (predpokladaný dátum pôrodu:	
	<input type="checkbox"/> pracovný úraz	<input type="checkbox"/> úraz sa stal..... (dátum)	
	<input type="checkbox"/> choroba z povolania	<input type="checkbox"/> starostlivosť nahrádzajúca starostlivosť rodičov	<input type="checkbox"/> zníženie náhrady v prípade materstva alebo starostlivosti nahrádzajúcej starostlivosť rodičov

5. Potvrdenie ošetrojúceho lekára
 je v prílohe nebolo možné predložiť

6.	Stanovisko nášho posudkového lekára,	<input type="checkbox"/> ktorého správa je v prílohe
		<input type="checkbox"/> ktorého správu vám zašleme čo najskôr
6.1	<input type="checkbox"/> pracovná neschopnosť sa začala dňa	
	a bude pravdepodobne trvať do	
6.2	<input type="checkbox"/> nejde o pracovnú neschopnosť ⁽⁷⁾	

7. Domnievame sa, že daná osoba nevyhovela ustanoveniam našich právnych predpisov z týchto dôvodov:

8. Pracovnú neschopnosť pravdepodobne zapríčinil úraz, za ktorý je zodpovedná tretia strana.
- 8.1 Pracovnú neschopnosť spôsobili iné osobitné okolnosti uvedené v priloženej dokumentácii.
- 8.2 K tomuto formuláru je priložená správa o tomto úraze a adresa zúčastnenej tretej strany.
- 8.3 K tomuto formuláru je priložená iná dokumentácia o príčine pracovnej neschopnosti.
9. Sme ochotní za vás poskytnúť danej osobe peňažné dávky. Oznáme nám, či súhlasíte s týmto postupom, a ak áno, poskytnite nám všetky informácie potrebné na vyplácanie dávok.⁽⁸⁾
10. Nie sme ochotní za vás poskytnúť danej osobe peňažné dávky.

B. ⁽⁵⁾ Predĺženie pracovnej neschopnosti

11.	S odvolaním sa na
11.1	<input type="checkbox"/> náš formulár E 115 z (dátum)
11.2	<input type="checkbox"/> náš formulár E 117 z (dátum)
11.3	vás chceme informovať, že podľa názoru nášho posudkového lekára,
	<input type="checkbox"/> ktorého správa je v prílohe,
	<input type="checkbox"/> ktorého správu vám zašleme čo najskôr,
	osoba uvedená v tabuľke 2 bude pravdepodobne práceneschopná do vrátane

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

Pokyny pre poistenca

V Taliansku predložte tento formulár – v prípade choroby alebo materstva – miestnej pobočke „Istituto nazionale della previdenza sociale“ (INPS, Národný inštitút sociálneho zabezpečenia), v prípade pracovného úrazu alebo choroby z povolania „Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro“ (INAIL).

V Holandsku, ak nie je známa príslušná inštitúcia nemocenského poistenia, zašlite tento formulár do UWV, Postbus 57002, Amsterdam.

V Slovinsku predložte tento formulár príslušnému úradu „Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke“ (Centrum sociálnej práce Ljubljana Bežigrad, Centrálny útvar rodičovskej ochrany a rodinných dávok), ak ide o peňažné dávky v materstve, a v prípade pracovnej neschopnosti príslušnému oblastnému útvaru „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Inštitút zdravotného poistenia Slovinska)

POZNÁMKY

- (¹) Symbol štátu inštitúcie, ktorá vyplní 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) Uvedte všetky priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (³) Vyplňte, len ak sa formulár týka nezamestnanej osoby.
- (⁴) V prípade nezamestnaných osôb uvedte posledného zamestnávateľa.
- (⁵) Vyplňte buď časť A, alebo časť B a štvorček vo vyplňanej časti označte krížikom.
- (⁶) Pokiaľ ide o poistencov v nemeckom systéme nemocenského poistenia alebo v rakúskej, resp. belgickej inštitúcii: ak inštitúcia sociálneho poistenia v mieste bydliska v čase vyplňania tohto formulára nevie presný dátum odchodu z nemocnice, musí túto informáciu čo najskôr doplniť dodatočne.
- (⁷) Priložte kópiu formulára E 118, ktorý bol zaslaný príslušnej osobe.
- (⁸) Ak sa formulár posielá inštitúcii v Nemecku, Taliansku, Maďarsku alebo Poľsku, táto tabuľka sa nevyplní.