

OZNÁMENIE O NEUZNANÍ ALEBO O SKONČENÍ PRÁCENESCHOPNOSTI

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 1 písm. b; článok 22 ods. 1 písm a) bod ii) ), písm. b) bod ii) a písm. c) bod ii); článok 25 ods. 1 písm. b); článok 52 ods. 1; článok 55 ods. 1 písm. a) bod ii), písm. b) bod ii) a písm. c) bod ii)  
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 18 ods. 4 a ods. 6; článok 24; článok 26 ods. 5 a ods. 7; článok 61 ods. 4 a ods. 6; článok 64

Ak sa tento formulár týka poistenca v aktívnom zamestnaní, inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu (alebo príslušná inštitúcia) vyhotoví dve kópie, z ktorých jednu zašle poistencovi a druhú inštitúcii nemocenského poistenia a poistenia v prípade materstva alebo inštitúcii poistenia proti pracovným úrazom a chorobám z povolania v príslušnom štáte (v mieste bydliska alebo pobytu). Ak sa tento formulár týka nezamestnanej osoby, je potrebné okrem uvedených kópií (jednu z nich treba zaslať poistencovi) vyhotoviť ešte ďalšie dve kópie, z ktorých jednu treba zaslať príslušnej inštitúcii poistenia v nezamestnanosti a druhú inštitúcii v štáte, do ktorého si nezamestnaný odíšiel hľadať zamestnanie.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom. Píšte iba do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria dve strany a trojstranová príloha.

1.	Príjemca	
1.1	Priezvisko/á: .....	Rodné priezvisko/á, ak sa odlišuje/ú: .....
1.2	Meno/á: .....	Dátum narodenia: .....
1.3	Adresa v štáte bydliska alebo pobytu: .....	
1.4	Osobné identifikačné číslo: .....	

2.	<input type="checkbox"/> Príslušná inštitúcia	<input type="checkbox"/> Inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu
2.1	Názov: .....	
2.2	Identifikačné číslo inštitúcie: .....	
2.3	Adresa: .....	

3.  Zo skutočností, ktoré nám boli oznámené  
 Z vyšetrenia, ktoré vykonal náš lekár dňa ..... (dátum)  
vyplyva,
- 3.1  že vaša práceneschopnosť je iba čiastočná
- 3.2  že máte nárok na čiastočné peňažné dávky vo výške ..... (2)  
od ..... (dátum)
- 3.3  že ste schopný/á práce
- 3.4  že vaša práceneschopnosť sa skončila dňa ..... (3)
- 3.5  Posledný deň, za ktorý dostanete peňažné dávky, je .....
- 3.6  Príslušná inštitúcia určí posledný deň, za ktorý dostanete peňažné dávky
- 3.7  Nemáte nárok na peňažné dávky, pretože .....

4.	<input type="checkbox"/> Inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu	<input type="checkbox"/> Príslušná inštitúcia
4.1	Názov: .....	
4.2	Identifikačné číslo inštitúcie: .....	
4.3	Adresa: .....	
4.4	Pečiatka	4.5 Dátum: .....
		4.6 Podpis: .....

**Informácie pre zamestnancov, samostatne zárobkovo činné osoby alebo nezamestnané osoby**

*Ak nesúhlasíte s rozhodnutím, ktoré sa uvádza v tomto dokumente, môžete sa proti nemu odvolať. Bližšie informácie o zákonných opravných prostriedkoch a lehotách na podanie odvolania sú uvedené v prílohe. Pokiaľ ide o postupy a lehoty, riadte sa pokynmi uvedenými pre príslušný štát.*

**POZNÁMKY**

- (<sup>1</sup>) Symbol štátu, kam 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>) Táto informácia sa poskytuje, len ak formulár vyplní príslušná inštitúcia. Uveďte, či sa dávky poskytujú denne, týždenne alebo mesačne.
- (<sup>3</sup>) Uveďte posledný deň pracovnej neschopnosti.