

POTVRDENIE PRE REGISTRÁCIU DÔCHODCOV A ICH RODINNÝCH PRÍSLUŠNÍKOV
A AKTUALIZÁCIU ZOZNAMOV

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 28 ods. 1 písm. a); článok 29 ods. 1 písm. a)
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 29 ods. 1, ods. 2 a ods. 3; článok 30 ods.1; článok 95 ods. 4

Inštitúcia, ktorá vydá toto potvrdenie v súlade s článkom 29 ods. 2 alebo s článkom 30 ods. 1 nariadenia (EHS) č. 574/72, vyplní časť A tohto formulára a dve kópie dá dôchodcovi alebo jeho rodinnému príslušníkovi alebo ich pošle inštitúcii v mieste bydliska, ak ich táto inštitúcia požadovala. Ak je to vhodné, obe kópie sa najskôr zašlú inštitúcii, ktorá má vyplniť tabuľky 6 a 7. Keď inštitúcia v mieste bydliska dostane dve kópie, vyplní časť B a zašle jednu kópiu za dôchodcu alebo jeho rodinného príslušníka inštitúcii uvedenej v tabuľke 7.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete iba do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria štyri strany.

A. Oznámenie o nároku

1.	Inštitúcia v mieste bydliska ⁽²⁾
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:

1.4	Referencia: váš formulár E 107 zo dňa

2.	Dôchodca	
2.1	Priezvisko/á ⁽³⁾ :	Rodné priezvisko/á, ak sa odlišuje/ú:
2.2	Meno/á:	Dátum narodenia:
2.3	Adresa v štáte bydliska:
2.4	Dátum zmeny bydliska:	
2.5	Osobné identifikačné číslo:	
2.6	Dôchodca bol	
	<input type="checkbox"/> zamestnanec	
	<input type="checkbox"/> samostatne zárobkovo činná osoba	
	<input type="checkbox"/> cezhraničný pracovník (zamestnanec)	
	<input type="checkbox"/> cezhraničný pracovník (samostatne zárobkovo činná osoba)	
	<input type="checkbox"/> nezamestnaný	

3.	Vyplní inštitúcia, ktorá vypláca dôchodok		
3.1	Uvedená osoba má nárok na dôchodok z dôvodu		
	<input type="checkbox"/> staroby	<input type="checkbox"/> invalidity	<input type="checkbox"/> pozostalosti
	<input type="checkbox"/> pracovného úrazu	<input type="checkbox"/> choroby z povolania	
3.2	od:		

4.	Inštitúcia, ktorá vyplnila tabuľku 3 ⁽⁴⁾		
4.1	Názov:		
4.2	Identifikačné číslo inštitúcie:		
4.3	Adresa:		
		
4.4	Pečiatka	4.5	Dátum:
		4.6	Podpis:
		

5.	Rodinný príslušník dôchodcu	
5.1	Priezvisko/á ⁽³⁾ :	Rodné priezvisko/á, ak sa odlišuje/ú ⁽³⁾ :
5.2	Meno/á:	Dátum narodenia:
5.3	Adresa v štáte bydliska:	
5.4	Osobné identifikačné číslo:	
5.5	Dátum zmeny bydliska:	

6.	Vyplní inštitúcia, ktorá vypláca dôchodok, alebo inštitúcia nemocenského poistenia, alebo poistenia pre prípad materstva v štáte, ktorý vypláca dôchodok ⁽⁵⁾	
6.1	Identifikačné číslo inštitúcie, ktorá prípad prešetruje:	
6.2	<input type="checkbox"/> Osoba uvedená v tabuľke 2 <input type="checkbox"/> Osoba uvedená v tabuľke 5 má nárok na vecné dávky nemocenského poistenia a poistenia pre prípad materstva od	
6.3	Náklady na dávky, ktoré sa majú poskytovať v štáte bydliska, ak táto osoba nemá bydlisko v príslušnom štáte, bude znášať naša inštitúcia	
6.4	<input type="checkbox"/> od až do zrušenia platnosti tohto potvrdenia	
6.5	<input type="checkbox"/> za jeden rok od ⁽⁶⁾	
6.6	<input type="checkbox"/> na základe tohto potvrdenia stráca platnosť formulár E zo dňa	

7. Prosím, vráťte Európsky preukaz zdravotného poistenia osoby uvedenej v tabuľke 2 alebo 5, číslo, platný do

8.	Inštitúcia, ktorá vyplnila tabuľku 6 ⁽⁴⁾	
8.1	Názov:	
8.2	Identifikačné číslo inštitúcie:	
8.3	Adresa:	
8.4	Pečiatka	8.5 Dátum:
		8.6 Podpis:

B. Oznámenie o registrácii alebo nezaregistrovaní

9.	<input type="checkbox"/> ⁽⁷⁾	
9.1	<input type="checkbox"/> Osoba uvedená v tabuľke 2 <input type="checkbox"/> Osoba uvedená v tabuľke 5 nemohla byť zaevidovaná,	
9.2	<input type="checkbox"/> pretože už má nárok na vecné dávky podľa legislatívy nášho štátu	
9.3	<input type="checkbox"/> z iných dôvodov:	

10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> Osoba uvedená v tabuľke 2 <input type="checkbox"/> Osoba uvedená v tabuľke 5 bola zaregistrovaná
10.2	<input type="checkbox"/> Náklady na tieto dávky bude znášať vaša inštitúcia; dátum, od ktorého sa má vyrátať paušálna suma uvedená v článku 95 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 2 alebo 5, číslo, platným do

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

Informácie pre dôchodcu alebo jeho rodinného príslušníka

Dve kópie tohto formulára čo najskôr zašlite tejto inštitúcii poistenia:

v **Belgicku** „mutualité“ (miestny fond zdravotného poistenia) podľa vlastného výberu;

v **Českej republike** príslušná „Zdravotní pojišťovna“ v mieste bydliska;

na **Cypre** Υπουργείο Υγείας (Ministerstvo zdravotníctva, 1448 Nikózia). Príslušná osoba na požiadanie dostane cyperskú zdravotnú kartu, bez ktorej v štátnych zdravotníckych zariadeniach nie je možné poskytnúť žiadne vecné dávky;

v **Dánsku** miestny úrad v mieste bydliska;

v **Nemecku** „Krankenkasse“ (Fond nemocenského poistenia) v mieste bydliska;

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 inštitúcie pre národné sociálne zabezpečenie) v mieste bydliska alebo pobytu;

v **Estónsku** „Eesti Haigekassa“ (Fond zdravotného poistenia);

vo **Francúzsku** „Caisse primaire d'assurance maladie“ (Miestny fond nemocenského poistenia);

v **Írsku** Zdravotnícka rada podľa územnej príslušnosti nárokovaných dávok;

v **Taliansku** „Azienda sanitaria locale“ (miestny odbor zdravotnej správy) zodpovedný za príslušnú oblasť;

v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Štátna agentúra povinného zdravotného poistenia);

v **Litve** „Teritorinė ligonių kasa“ (Oblasťný fond pacientov);

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 St John Street, Valetta;

v **Holandsku** ktorýkoľvek nemocenský fond príslušný podľa miesta bydliska;

v **Rakúsku** „Gebietskrankenkasse“ (Regionálny fond zdravotného 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 **Slovensku** príslušná miestna pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Inštitút zdravotného poistenia v Slovensku) 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;

na Islande „Tryggingastofrun 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 „Institutione commune LAMal – Institutione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG“ (Spoločná inštitúcia na základe federálneho zákona o nemocenskom poistení), Solothurn.

POZNÁMKY

- (¹) 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.
- (²) Vyplňte len v prípade, ak bol formulár vydaný na žiadosť inštitúcie v mieste bydliska poistenca. Ak má dôchodca alebo jeho rodinný príslušník bydlisko v Spojenom kráľovstve, obe kópie formulára sa zašlú aj priamo 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.
- (³) Uvedte všetky priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (⁴) V Maďarsku musí túto tabuľku vyplniť inštitúcia poistenia v prípade choroby a materstva.
- (⁵) V Taliansku tabuľky 6 a 7 vyplní ASL alebo ministerstvo zdravotníctva.
- (⁶) Ak formulár vystaví inštitúcia v Nemecku, Francúzsku, Maďarsku, Taliansku alebo Portugalsku a ak sa formulár týka sa rodinného príslušníka.
- (⁷) Tabuľky 8 alebo 9 vyplňte podľa potreby a príslušný štvorček označte krížikom.
