

POTVRZENÍ O NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A POJIŠTĚNÍ V MATEŘSTVÍ PRO OSOBY BYDLÍCÍ
V JINÉM NEŽ PŘÍSLUŠNÉM STÁTĚ

Zaměstnané osoby a osoby samostatně výdělečně činné a jejich rodinní příslušníci, kteří bydlí s nimi; rodinní příslušníci
nezaměstnaných osob

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. a); čl. 19 odst. 2; čl. 25 odst. 3 písm. i)

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 17 odst. 1 a 4; článek 27 (první věta)

Příslušná instituce vyplní část A formuláře a zašle dvě kopie pojištěné osobě nebo je zašle instituci v místě bydliště, buď přímo nebo prostřednictvím styčného orgánu, pokud byl formulář vystaven na žádost této instituce. Jakmile instituce v místě bydliště obdrží tyto dvě kopie, vyplní část B a zašle jednu kopii zpět příslušné instituci.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze 4 stran, z nichž žádnou nelze vypustit.

A. Oznámení o nároku

1.	Instituce v místě bydliště ⁽²⁾
1.1	Název:
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:
1.4	Odkaz: Váš formulář E 107 ze dne

2.	Pojištěná osoba
2.1	Příjmení ⁽³⁾ :
2.2	Jméno ⁽⁴⁾ : Datum narození:
2.3	Předchozí příjmení:
2.4	Adresa v zemi bydliště:
2.5	Osobní identifikační číslo:
2.6	Osoba je <input type="checkbox"/> zaměstnanou osobou
2.7	Pojištěná osoba je <input type="checkbox"/> osobou samostatně výdělečně činnou
2.8	Pojištěná osoba je <input type="checkbox"/> přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným)
2.9	Pojištěná osoba je <input type="checkbox"/> přeshraničním pracovníkem (osoba samostatně výdělečně činná)
2.10	Pojištěná osoba je <input type="checkbox"/> nezaměstnanou osobou

3.	Rodinný příslušník ⁽⁵⁾
3.1	Příjmení ⁽³⁾ :
3.2	Jméno ⁽⁴⁾ : Datum narození:
3.3	Předchozí příjmení:
3.4	Adresa v zemi bydliště:
3.5	Osobní identifikační číslo:

- 4.1 Výše uvedená pojištěná osoba a její rodinní příslušníci⁽⁶⁾, kteří bydlí s ní
- 4.2 Rodinní příslušníci⁽⁶⁾ výše uvedené nezaměstnané osoby
5. mají nárok na věcné dávky na základě zdravotního pojištění a pojištění v mateřství od

6. Dotyčné osoby budou mít svůj nárok zachován

6.1 až do zrušení platnosti tohoto potvrzení

6.2 na období jednoho roku od data uvedeného v bodě 5⁽⁷⁾

6.3 až do včetně⁽⁸⁾

7. Příslušná instituce pro zdravotní pojištění a pojištění v mateřství

7.1 Název:

7.2 Kód instituce:

7.3 Adresa:
.....
.....

7.4 Razítko 7.5 Datum:
7.6 Podpis:

B. Oznámení o registraci⁽⁹⁾

8.

8.1 Pojištěná osoba uvedená v položce 2 a její rodinní příslušníci

8.2 Rodinní příslušníci nezaměstnané osoby uvedení v položce 3

8.3 byli u nás zaregistrováni dne

8.4 nemohli být u nás zaregistrováni, jelikož

9.	Příjmení ⁽³⁾	Jméno ⁽⁴⁾	Předchozí příjmení	Datum narození	Osobní identifikační číslo
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Instituce v místě bydliště

10.1 Název:

10.2 Kód instituce:

10.3 Adresa:
.....
.....

10.4 Razítko 10.5 Datum:
10.6 Podpis:

Informace pro pojištěnou osobu

- (a) Tento formulář Vás opravňuje k tomu, abyste mohli pobírat věcné dávky na základě nemocenského pojištění a pojištění v mateřství pro Vás a Vaše rodinné příslušníky. Pokud jste nezaměstnaná osoba, pak tento formulář není určen Vám; je určen výhradně pro Vaše rodinné příslušníky, kteří mají bydliště v jiném členském státě, než je stát, v němž jste pojištěni.
- (b) Dvě kopie formuláře, které vlastníte, je nutno co možná nejdříve předat instituci nemocenského pojištění a pojištění v mateřství v místě Vašeho bydliště. Pokud jste nezaměstnaná osoba, musejí Vaši rodinní příslušníci předložit formulář instituci nemocenského pojištění a pojištění v mateřství v místě svého bydliště.
- (c) *Instituce nemocenského pojištění a pojištění v mateřství v jednotlivých zemích:*
- v **Belgii** „mutualité“ (místní fond nemocenského pojištění) Vaší volby;
 - v **České republice** „Zdravotní pojišťovna“ v místě bydliště;
 - v **Dánsku** městský úřad v místě bydliště;
 - v **Německu** „Krankenkasse“ (nemocenská pokladna) dle výběru dotyčné osoby;
 - v **Estonsku** „Eesti Haigekassa“ (estonský fond zdravotního pojištění);
 - v **Řecku** obvykle regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA). Pobočka by měla dotyčné osobě vydat „zdravotní knížku“, bez níž nemohou být poskytovány žádné věcné dávky;
 - ve **Španělsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (oblastní ředitelství národní instituce sociálního zabezpečení) v místě bydliště. Pokud potřebujete dávky, můžete se obrátit na lékařské služby a nemocnice zdravotního systému španělského sociálního zabezpečení. Musíte odevzdat formulář spolu s fotokopii;
 - ve **Francii** „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (místní fond nemocenského pojištění);
 - v **Irsku** místní zdravotní úřad výkonného orgánu „Health Service Executive“;
 - v **Itálii** obvykle „Azienda sanitaria locale“ (ASL, místní zdravotně správní jednotka) odpovědná pro danou oblast. Pro námořníky a členy posádek civilních letadel: „Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea“ (Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní úřad námořnictva nebo letectva);
 - na **Kypřu** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví, 1448 Lefkosia). Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez nějž nemohou vládní lékařské instituce poskytovat žádné věcné dávky;
 - v **Lotyšsku** „Veselibas obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (státní úřad pro povinné nemocenské pojištění); v **Litvě** „Territorial Patient Fund“ (místní nemocenský fond), instituce nemocenského pojištění a pojištění v mateřství;
 - v **Lucembursku** „Caisse de maladie des ouvriers“ (nemocenský fond pro manuální pracovníky);
 - v **Maďarsku** příslušný úřad „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (regionální fond nemocenského pojištění);
 - na **Maltě** „Entitlement Unit, Ministry of Health“ (oddělení pro uplatnění nároku, Ministerstvo zdravotnictví), 23, St. John Street, Valletta;
 - v **Nizozemsku** jakýkoliv nemocenský fond příslušný pro místo bydliště;
 - v **Rakousku** „Gebietskrankenkasse“ (regionální fond nemocenského pojištění) příslušná pro místo bydliště;
 - v **Polsku** regionální pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (státní zdravotní fond) příslušná pro místo bydliště;
 - v **Portugalsku**, pro **metropolitní Portugalsko**: „Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social“ (okresní středisko solidarity a sociálního zabezpečení) v místě bydliště; pro **Madeiru**: „Centro de Segurança Social da Madeira“ (středisko sociálního zabezpečení Madeiry), Funchal; pro **Azory**: „Centro de Prestações Pecuniárias“ (středisko peněžitých dávek) v místě bydliště;
 - ve **Slovinsku** „Zavod za zdravstvo zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění – ředitelství), Lublaň;
 - na **Slovensku** „zdravotná poisťovňa“ výběru pojištěné osoby;
 - ve **Finsku** místní pobočka „Kansaneläkelaitos“ (instituce sociálního pojištění);
 - ve **Švédsku** „Försäkringskassan“ (úřad sociálního pojištění) v místě bydliště;
 - ve **Spojeném království** „Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre“ (Ministerstvo práce a penzí, důchodová služba, mezinárodní důchodové středisko), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, nebo v případě Severního Irska „Department for Social Development, Overseas Benefits Branch“ (Ministerstvo sociálního rozvoje, oddělení dávek pro oprávněné osoby pobývající v zahraničí), Block 2, Castle Buildings, Belfast;
 - na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní institut sociálního zabezpečení), Reykjavík;
 - v **Lichtenštejnsku**, „Amt für Volkswirtschaft“ (úřad národního hospodářství), Vaduz;
 - v **Norsku** „lokale Trygdekontor“ (místní pojišťovací úřad) v místě bydliště;
 - ve **Švýcarsku** „Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG“ (společná instituce v rámci federálního zákona o nemocenském pojištění), Solothurn.
- (d) Tento formulář platí od data uvedeného v položce 5 a na dobu uvedenou v položce 6 v zakřížkovaném čtverečku.
- (e) Vy nebo Vaši rodinní příslušníci musíte pojišťovací instituci, které byl formulář zaslán, informovat o jakékoliv změně okolností, které by mohly ovlivnit nárok na poskytování věcných dávek, jako je ukončení nebo změna zaměstnání, změna Vašeho bydliště či pobytu nebo změna bydliště či pobytu Vašeho rodinného příslušníka.

POZNÁMKY

- (¹) Symbol země, v níž se nachází instituce vyplňující formulář: BE = Belgie; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Německo; EE = Estonsko; GR = Řecko; ES = Španělsko; FR = Francie; IE = Irsko; IT = Itálie; CY = Kypr; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Lucembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Nizozemsko; AT = Rakousko; PL = Polsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Finsko; SE = Švédsko; UK = Spojené království; IS = Island; LI = Lichtenštejnsko; NO = Norsko; CH = Švýcarsko.
- (²) Vyplňte pouze v případě, je-li formulář vystaven na žádost instituce v místě bydliště.
- (³) Uveďte příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁵) Vyplňte pouze v případě, že se formulář vztahuje na rodinné příslušníky nezaměstnané osoby. Uveďte pouze jednoho rodinného příslušníka pro registraci, vzhledem k tomu, že právní předpisy země bydliště stanoví, kteří rodinní příslušníci mají nárok na dávku.
- (⁶) Právní předpisy země bydliště stanoví, kteří rodinní příslušníci mají nárok na dávku.
- (⁷) Pokud je formulář vydán německou, francouzskou, italskou nebo portugalskou institucí.
- (⁸) Pokud je formulář vydán řeckou či maďarskou institucí nebo institucí Spojeného království pro zaměstnané osoby nebo osoby samostatně výdělečně činné.
- (⁹) Pokud je tento formulář vydán jako obnovení dříve vydaného potvrzení, není třeba vyplňovat část B.
