

ŽIADOSŤ O POTVRDENIE NÁROKU NA VECNÉ DÁVKY

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 19 ods. 1 písm. a); článok 19 ods. 2; článok 22 ods. 1 písm. a) bod i) a písm. b) bod i) a písm. c) bod i);
článok 22 ods. 3; článok 25 ods. 1 písm. a) a ods. 3 bod i); článok 26 ods. 1; článok 28 ods. 1 písm. a);
článok 29 ods. 1 písm. a); článok 31 písm. a); článok 52 písm. a); článok 55 ods. 1 písm. a) bod i), písm. b) bod i) a písm. c) bod i)
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 17 ods. 1; článok 21 ods. 1; článok 22 ods. 1 a ods. 3; článok 23; článok 27 prvá veta; článok 28; článok
29 ods. 1 a ods. 2; článok 30 ods. 1; článok 31 ods. 1 a ods. 3; článok 60 ods. 1; článok 62 ods. 3, ods. 4 a ods. 7; článok 63 ods. 1 a ods. 3

Inštitúcia v mieste bydliska vyplní časť A a dve kópie formulára zašle príslušnej inštitúcii, pričom zohľadní ustanovenia v uvedených článkoch nariadenia (EHS) č. 574/72. Ak sa táto inštitúcia domnieva, že požadovaný formulár nemôže zaslať, vyplní časť B a jednu z dvoch kópií vráti inštitúcii, od ktorej ich dostala. Ak je príslušným štátom Belgicko, formulár sa zašle inštitúcii nemocenského poistenia okrem prípadu, ak sa týka pracovného úrazu, ktorý bol overený, alebo choroby, ktorá bola uznaná za chorobu z povolania.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete len do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria 4 strany, žiadna z nich nesmie byť vynechaná.

A. Vyplní inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu

1.	Inštitúcia, ktorej je formulár adresovaný
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:

2.	<input type="checkbox"/> Poistenec
2.1	Priezvisko/á ⁽²⁾ :
2.2	Meno/á ⁽³⁾ : Dátum narodenia:
2.3	Predchádzajúce meno/á:
2.4	Adresa:
2.5	Osobné identifikačné číslo ⁽⁴⁾ :
2.6	<input type="checkbox"/> Osoba s nárokom na <input type="checkbox"/> Žiadateľ o 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
2.7	Inštitúcia zodpovedná za výplatu dôchodku:

3.	<input type="checkbox"/> Posledný zamestnávateľ ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Činnosť, ktorú naposledy vykonávala samostatne zárobkovo činná osoba ⁽⁵⁾
3.1	Názov:
3.2	Adresa:
3.3	Oblasť činnosti ⁽⁶⁾ :
3.4	Inštitúcia poistenia proti pracovným úrazom, v ktorej je poistený zamestnávateľ ⁽⁷⁾ :

B. Vypní príslušná inštitúcia

10.

10.1 Uvedený formulár je v prílohe. Zašlite nám jeho riadne vyplnenú a podpísanú kópiu. ⁽¹¹⁾

10.2 Dokument, ktorý požadujete v časti A, nemôžeme vystaviť, pretože:

.....
.....

11.

Príslušná inštitúcia

11.1 Názov:

11.2 Identifikačné číslo inštitúcie:

11.3 Adresa:

.....
.....

11.4 Pečiatka

11.5 Dátum:

.....

11.6 Podpis:

.....

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) Uveďte všetky priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (3) Uveďte všetky mená v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (4) Na účely talianskych inštitúcií uveďte „fiškálny kód“.
Na účely maltských inštitúcií, a ak ide o štátnych príslušníkov Malty, uveďte číslo ich identifikačného preukazu. Ak ide o osoby, ktoré nie sú štátnymi príslušníkmi Malty, uveďte číslo ich maltského sociálneho zabezpečenia.
Na účely slovenských inštitúcií podľa potreby uveďte rodné číslo.
Na účely španielskych inštitúcií, a ak ide o štátnych príslušníkov Španielska, uveďte ich číslo DNI. Ak ide o osoby, ktoré nie sú štátnymi príslušníkmi Španielska, uveďte číslo NIE. Ak sa platnosť DNI alebo NIE skončila, napíšte „žiadne“
- (5) Vyplňte iba v prípade, ak sa formulár týka zamestnanca alebo samostatne zárobkovo činnnej osoby, ktorá pracuje, alebo nezamestnanej osoby.
- (6) Vyplňte iba v prípade, ak sa formulár týka zamestnanca, ktorý pravdepodobne utrpel pracovný úraz
- (7) V prípade Španielska „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (Provinčné riaditeľstvo národného inštitútu sociálneho zabezpečenia) alebo „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina“ (Provinčné riaditeľstvo národného inštitútu námorníkov) pre osobitný systém určený námorníkom.
- (8) Vyplňte, len ak ide o rodinných príslušníkov, za ktorých bola podaná žiadosť o dávky alebo žiadosť o zaevidovanie. Na zaevidovanie uveďte len jedného rodinného príslušníka.
- (9) Vyplňte, iba ak je adresa rodinných príslušníkov iná ako adresa hlavy rodiny.
- (10) Priložte iba v prípade potreby. V takom prípade krížikom označte príslušný štvorček.
- (11) Na účely holandských a švajčiarskych inštitúcií, a ak to druh formulára, ktorý sa má vrátiť, umožňuje.