

POTVRDENIE O NÁROKU NA VECNÉ DÁVKY Z POISTENIA PROTI
PRACOVNÝM ÚRAZOM A CHOROBÁM Z POVOLANIA

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: 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 60 ods. 1; článok 62 ods. 4 a ods. 6; článok 63 ods. 1 a ods. 3

Ak si formulár vyžiadala inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu príslušnej osoby prostredníctvom formulára E 107, je potrebné jej ho zaslať; inak ho treba vystaviť poistencovi.

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

1.	Inštitúcia v mieste bydliska alebo pobytu ⁽²⁾
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:
1.4	S odvolaním sa na váš formulár E 107 zaslaný dňa

2.	Poistenec
2.1	Priezvisko/á ⁽³⁾ :
2.2	Rodné priezvisko/á, ak sa odlišuje/ú:
2.3	Meno/á: Dátum narodenia:
2.4	Osobné identifikačné číslo:
2.5	Poistenec je <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.	Na základe
3.1	<input type="checkbox"/> informácií uvedených vo formulári, ktorý ste nám zaslali dňa
3.2	<input type="checkbox"/> pracovného úrazu, ktorý sa stal dňa a mal tieto následky:
3.3	<input type="checkbox"/> choroby z povolania, ktorej diagnóza bola stanovená dňa a ktorá mala tieto následky:
3.4	<input type="checkbox"/> oprávnenia, ktoré sme udelili príslušnej osobe na zachovanie práva na vecné dávky v (štát), do ktorého vycestuje <input type="checkbox"/> na účel bydliska <input type="checkbox"/> na účel využitia zdravotnej starostlivosti

4. Uvedená osoba môže poberať vecné dávky

za pracovný úraz za chorobu z povolania

4.1 za obdobie stanovené v právnych predpisoch štátu, v ktorom má uvedená osoba bydlisko

4.2 od do

4.3 najviac za tri mesiace

4.4 za neobmedzené obdobie

5. Správu nášho posudkového lekára

5.1 sme priložili v uzavretej obálke

5.2 sme zaslali dňa: inštitúcii (*)

5.3 vám na požiadanie poskytneme

5.4 sme ešte nevypracovali

6. Príslušná inštitúcia

6.1 Názov:

6.2 Identifikačné číslo inštitúcie:

6.3 Adresa:

6.4 Pečiatka 6.5 Dátum:

6.6 Podpis:

Informácie pre poisťovcu

Tento formulár čo najskôr predložte inštitúcii poisťovcu v štáte, kam ste vycestovali, t. j.:

v Belgicku

- a) ak ide o vecné dávky poskytované pre chorobu alebo úraz mimo výkonu práce: „mutualité“ (miestny fond nemocenského poistenia) podľa vlastného výberu;
- b) ak ide o vecné dávky poskytované pre chorobu z povolania: „Fonds des maladies professionnelles“ (Fond pre choroby z povolania), 1210 Brusel;

v Českej republike príslušná „Zdravotní pojišťovna“;

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 možno službu lekára alebo zubného lekára využiť na základe kontaktu s praktickým lekárom alebo zubným lekárom verejného sektora. V prípade naliehavej potreby zdravotnej starostlivosti v nemocnici sa možno priamo obrátiť na verejnú nemocnicu;

v Nemecku inštitúcia úrazového poistenia podľa miesta bydliska alebo pobytu;

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 služby ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti nemocenského systému, ktorý je súčasťou španielskeho systému sociálneho poistenia. Je potrebné predložiť tento formulár a jeho fotokópiu;

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 nárokováných dávok;

v Taliansku

- a) ak ide o vecné dávky „ASL“ (miestny odbor zdravotníckej správy) podľa územnej príslušnosti; ak ide o námorníkov a posádky civilných lietadiel, Ministerstvo zdravotníctva (Úrad zdravotníctva pre námorníctvo alebo civilné letectvo);
- b) ak ide o ortopedickoprotetické pomôcky, zložitejšie prístroje, oprávnené zdravotné dávky, lekárske vyšetrenia alebo potvrdenia, provinčná pobočka „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro“ (Národný inštitút poistenia proti pracovným úrazom – INAIL);

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

v **Litve** „Teritorinė ligonių kasa“ (Oblasťný fond pacientov). Zdravotnú službu možno využiť aj bez predchádzajúceho kontaktu s touto inštitúciou;

v **Luxembursku** „Association d'assurance contre les accidents“ (Združenie úrazového poistenia);

v **Maďarsku** príslušný „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (Miestny fond nemocenského poistenia) ;

na **Malte** „Entitlement Unit“ (oddelenie pre uplatnenie nárokov), 23 St. John Street, Valletta, CMR02;

v **Holandsku** ktorýkoľvek nemocenský fond príslušný podľa miesta bydliska; alebo ak ide o dočasný pobyt, „Agis zorgverzekeringen“ (Všeobecné združenie vzájomného nemocenského poistenia), Utrecht. Služby lekára, zubného lekára alebo lekárniča možno využiť bez predchádzajúceho kontaktu s „Agis zorgverzekeringen“;

v **Rakúsku** „Gebietskrankenkass“ (Miestny fond nemocenského poistenia), príslušný podľa miesta bydliska alebo pobytu, alebo „Allgemeine Unfallversicherungsanstalt“ (Všeobecná inštitúcia úrazového poistenia), Viedeň;

v **Poľsku** oblasťná pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Národný fond zdravia), príslušná podľa miesta bydliska alebo pobytu;

v **Portugalsku** v „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais“ (Národné stredisko ochrany pred pracovnými rizikami), Lisbon;

v **Slovinsku** miestna pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Inštitút zdravotného poistenia v Slovinsku) v mieste bydliska alebo pobytu;

na **Slovensku** zdravotná poisťovňa podľa vlastného výberu poistenca;

vo **Fínsku** „Tapaturmavakuustuslaitosten Liitto“ (Federácia inštitúcií úrazového poistenia);

vo **Švédsku** „Försäkringskassan“ (miestna sociálna poisťovňa). Zdravotnícke služby (nemocnica, lekár, zubný lekár atď.) sú dostupné bez predchádzajúceho kontaktu s príslušnou inštitúciou;

v **Spojenom kráľovstve** zdravotnícke zariadenie (lekár, zubný lekár, zariadenie ústavnej starostlivosti a pod.), ktoré poskytuje zdravotnú starostlivosť;

na **Islande** „Tryggingastofnun riskins“ (Štátny inštitút sociálneho zabezpečenia), Reykjavík;

v **Lichtenštajnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (Úrad pre národné hospodárstvo);

v **Nórsku** „lokale Trygdekontor“ (miestna poisťovňa). Služby sú dostupné bez predchádzajúceho kontaktu s touto inštitúciou;

vo **Švajčiarsku** „Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents – Schweizerische Unfallversicherungsanstalt – Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio“ (Švajčiarsky štátny fond úrazového poistenia), Luzern. Zdravotnícke služby (nemocnica, lekár, lekárnič) sú dostupné bez predchádzajúceho kontaktu s príslušným zariadením.

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 alebo pobytu poistenca. Ak poistenec vycestuje do Spojeného kráľovstva, jedna kópia formulára sa zašle aj 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) Názov a adresa inštitúcie, ktorej bola zaslaná lekárska správa.