

II

(Akty, jejichž zveřejnění není povinné)

KOMISE

**SPRÁVNÍ KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ PRO SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
MIGRUJÍCÍCH PRACOVNÍKŮ****ROZHODNUTÍ č. 202**

ze dne 17. března 2005

o vzorech formulářů nezbytných k uplatňování nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 a E 127)

(Text s významem pro EHP a dohodu mezi EU a Švýcarskem)

(2006/203/ES)

SPRÁVNÍ KOMISE PRO SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ MIGRUJÍCÍCH PRACOVNÍKŮ,

s ohledem na čl. 81 písm. a) nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství ⁽¹⁾, podle něhož je správní komise pověřena jednáním ve všech správních záležitostech vyplývajících z nařízení (EHS) č. 1408/71 a následných nařízení,

s ohledem na čl. 2 odst. 1 nařízení (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství ⁽²⁾, podle něhož je správní komise povinna vypracovat vzory dokladů nezbytných k uplatňování nařízení,

s ohledem na rozhodnutí č. 153 ze dne 7. října 1993 o vzorech formulářů nezbytných k uplatňování nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72 (E 001 a E 103 až E 127) ⁽³⁾,

s ohledem na rozhodnutí č. 164 ze dne 27. listopadu 1996 o vzorech formulářů nezbytných k uplatňování nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72 (E 101 a E 102) ⁽⁴⁾,

s ohledem na rozhodnutí č. 166 ze dne 2. října 1997 o změně formulářů E 106 a E 109 ⁽⁵⁾,

⁽¹⁾ Úř. věst. L 149, 5.7.1971, s. 2. Nařízení naposledy pozměněné nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 674/2005 (Úř. věst. L 117, 4.5.2005, s. 2).

⁽²⁾ Úř. věst. L 74, 27.3.1972, s. 1. Nařízení naposledy pozměněné nařízením (ES) č. 674/2005.

⁽³⁾ Úř. věst. L 244, 19.9.1994, s. 22.

⁽⁴⁾ Úř. věst. L 216, 8.8.1997, s. 85.

⁽⁵⁾ Úř. věst. L 195, 11.7.1998, s. 25.

s ohledem na rozhodnutí č. 168 ze dne 11. června 1998 o změně formulářů E 121 a E 127 a o zrušení formuláře E 122 ⁽¹⁾,

s ohledem na rozhodnutí č. 179 ze dne 18. dubna 2000 o vzorech formulářů nezbytných k uplatňování nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72 (E 111, E 111 B, E 113 až E 118 a E 125 až E 127) ⁽²⁾;

s ohledem na rozhodnutí č. 185 ze dne 27. června 2002, kterým se mění rozhodnutí č. 153 ze dne 7. října 1993 (formulář E 108) ⁽³⁾,

s ohledem na rozhodnutí č. 186 ze dne 27. června 2002 o vzorech formulářů nezbytných k uplatňování nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72 (E 101) ⁽⁴⁾,

vzhledem k těmto důvodům:

- (1) V důsledku rozšíření Evropské unie dne 1. května 2004 je nutné, aby byly změněny formuláře E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 a E 127.
- (2) Dohoda o Evropském hospodářském prostoru (Dohoda o EHP) ze dne 2. května 1992, doplněná protokolem ze dne 17. března 1993, příloha VI, provádí nařízení (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72 v rámci Evropského hospodářského prostoru.
- (3) Evropské společenství a jeho členské státy a Švýcarská konfederace uzavřely dohodu o volném pohybu osob (dohoda se Švýcarskem), která vstoupila v platnost dne 1. června 2002. Příloha II uvedené dohody se týká nařízení (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72.
- (4) Formuláře používané v Evropské unii a podle Dohody o EHP a dohody se Švýcarskem by měly být z praktických důvodů shodné,

ROZHODLA TAKTO:

1. Vzor formuláře E 101 uvedený v rozhodnutí č. 186 se nahrazuje vzorem připojeným k tomuto rozhodnutí.
2. Vzor formuláře E 102 uvedený v rozhodnutí č. 164 se nahrazuje vzorem připojeným k tomuto rozhodnutí.
3. Vzor formuláře E 105 uvedený v rozhodnutí č. 153 se zrušuje.

Vzory formulářů E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 a E 124 uvedené v rozhodnutí č. 153 se nahrazují vzory formulářů připojenými k tomuto rozhodnutí.

4. Vzory formulářů E 106 a E 109 uvedené v rozhodnutí č. 166 se nahrazují vzory formulářů připojenými k tomuto rozhodnutí.
5. Vzor formuláře E 108 uvedený v rozhodnutí č. 185 se nahrazuje vzorem připojeným k tomuto rozhodnutí.
6. Vzory formulářů E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 a E 127 uvedené v rozhodnutí č. 179 se nahrazují vzory formulářů připojenými k tomuto rozhodnutí.

⁽¹⁾ Úř. věst. L 195, 11.7.1998, s. 37.

⁽²⁾ Úř. věst. L 54, 25.2.2002, s. 1.

⁽³⁾ Úř. věst. L 55, 1.3.2003, s. 74.

⁽⁴⁾ Úř. věst. L 55, 1.3.2003, s. 80.

7. Vzor formuláře E 121 uvedený v rozhodnutí č. 168 se nahrazuje vzorem připojeným k tomuto rozhodnutí.
8. Symbol země, v němž se nachází instituce vyplňující formulář, se uvádí takto:
„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“.
9. Příslušné úřady členských států poskytnou dotčeným stranám formuláře odpovídající vzorům připojeným k tomuto rozhodnutí. Formuláře budou k dispozici v úředních jazycích Společenství a budou vyhotoveny tak, že různá znění budou naprosto shodně uspořádána, díky čemuž bude možné, aby všichni příjemci obdrželi formulář ve svém jazyce.
10. Toto rozhodnutí, které nahrazuje rozhodnutí č. 153, 164, 166, 168, 179, 185 a 186, bude zveřejněno v *Úředním věstníku Evropské unie*. Použije se od prvního dne měsíce následujícího po zveřejnění.

Předseda správní komise

Claude EWEN

- ☐ Žádost o informace
☐ Sdělení informací
☐ Žádost o formulář
☐ Urgence

pro

- ☐ zaměstnanou osobu
☐ osobu samostatně výdělečně činnou
☐ přeshraničního pracovníka
☐ důchodce
☐ žadatele o důchod
☐ nezaměstnanou osobu
☐ závislou osobu

Nařízení (EHS) č. 1408/71: článek 84

Odesílající instituce vyplní část A a odešle dvě kopie formuláře instituci, již je formulář určen. Tato instituce vyplní část B a odešle jednu kopii zpět odesílající instituci.

Tento formulář se použije jako doplněk k dalším formulářům nebo jako základ pro výměnu mezi institucemi, které zatím nejsou v dnes používaných formulářích uvedeny. Tento formulář nesmí nahrazovat žádný jiný formulář.

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

Část A

1.	Instituce, již je formulář určen
1.1	Název:
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:
2.	Informace týkající se pojištěné osoby ⁽²⁾
2.1	Příjmení ⁽³⁾ :
2.2	Jméno ⁽⁴⁾ :
2.3	Předchozí příjmení:
2.4	Pohlaví ⁽⁵⁾ :
3.	Státní příslušnost ⁽⁶⁾ :
4.	Údaje o narození
4.1	Datum narození ⁽⁷⁾ :
4.2	Místo narození ⁽⁸⁾ :
4.3	Provincie nebo department ⁽⁹⁾ :
4.4	Země ⁽¹⁰⁾ :
5.	Osobní identifikační číslo ⁽¹¹⁾
5.1	u odesílající instituce:
5.2	u instituce, již je formulář určen:
6.	Adresa:
7.	Informace o souboru
7.1	Typ dávky:
7.2	Referenční číslo souboru v instituci odesílající formulář:
7.3	Referenční číslo souboru v instituci, již je formulář určen:

8.	Závislá osoba ⁽¹²⁾	
8.1	Příjmení ⁽³⁾ :	
8.2	Jméno ⁽⁴⁾ :	
8.3	Předchozí příjmení:	
8.4	Místo narození ⁽⁸⁾ :	Datum narození:
8.5	Pohlaví:	Státní příslušnost ⁽⁶⁾ :
8.6	Osobní identifikační číslo ⁽¹¹⁾ :	
	u odesílající instituce:	
	u instituce, již je formulář určen:	
8.7	Adresa:	
		

9.	☐ Žádost ☐ Urgence žádosti (datum):		
	S odkazem na osobu uvedenou v oddílu	☐ 2	☐ 8
			odešlete
9.1.	☐ následující formulář/e:		
9.2.	☐ následující doklad/y:		
9.3.	☐ následující informace:		
9.4.	Důvod žádosti:		

10.	Změna okolností: proběhly následující změny
	
	
	
	

11.	Různé informace
	
	
	
	

12.	Instituce vyplňující část A		
12.1	Název:		
12.2	Kód instituce:		
12.3	Adresa:		
			
12.4	Razítko	12.5	Datum:
		12.6	Podpis:
			

Část B

13.

V odpovědi na Vaši žádost ze dne přikládáme:

13.1 ☐ následující formulář/e:13.2 ☐ následující doklad/y:13.3 ☐ následující informace:

14.

V odpovědi na Vaši žádost ze dne

Vám s lítostí oznamujeme, že Vám nemůžeme poskytnout:

14.1 ☐ následující formulář/e:14.2 ☐ následující doklad/y:14.3 ☐ následující informace:14.4 ☐ Důvod:

15.

Různé informace

.....

.....

.....

.....

.....

16.

☐ S odkazem na Váš formulář převedený dne
potvrzujeme přijetí informací obsažených v oddílu 10

17.

Instituce vyplňující část B

17.1 Název:

17.2 Kód instituce:

17.3 Adresa:

17.4 Razítko

17.5 Datum:

17.6 Podpis:

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 = Kypř; 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) Případně vyplňte řádky 2.1 až 2.4 identifikující pojištěnou osobu.
- (³) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uveďte všechna jména v pořadí občanského stavu.
- (⁵) Pro muže uveďte „M“, pro ženu „Ž“.
- (⁶) Případně uveďte datum udělení státního občanství.
Pro španělské instituce u osob španělské státní příslušnosti uveďte číslo uvedené na národním průkazu totožnosti (DNI) nebo v případě cizinců N.I.E, pokud existuje, a to i tehdy, když je karta totožnosti prošlá. V opačném případě napište „Žádné“.
- (⁷) Den a měsíc zapište dvěma číslicemi a rok čtyřmi číslicemi (např. 1. srpna 1921 = 01.08.1921).
- (⁸) Pro francouzská města, která zahrnují několik arrondissements (obvodů), uveďte číslo tohoto obvodu (arrondissement) (např. „Paříž 14“). U portugalských distriktů uveďte také farnost a místní úřad.
- (⁹) Tato informace je povinná pro pojištěné osoby španělské, francouzské nebo italské státní příslušnosti. V závislosti na zemi musí být uvedeno územní rozdělení, v němž je umístěno místo narození (například u Francie, pokud je obec narození Lille, uveďte jako department narození „Nord“ (Sever) následovaný kódem departementu, pokud jej pojištěná osoba zná, v tomto případě „59“. Celková položka bude mít následující podobu: „Nord 59“). U osob narozených ve Španělsku uveďte pouze provincii.
- (¹⁰) Symbol země, v níž se pojištěná osoba narodila, v souladu s poznámkou (1).
- (¹¹) Pro italské instituce uveďte „daňové číslo“.
Pro maltské instituce v případě maltských státních příslušníků uveďte číslo průkazu totožnosti nebo v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení.
Pro slovenské instituce uveďte případně slovenské rodné číslo.
- (¹²) Vyplňte tam, kde je to vhodné.

POTVRZENÍ O PŘÍSLUŠNOSTI K PRÁVNÍM PŘEDPISŮM

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 13 odst. 2 písm. d); čl. 14 odst. 1 písm. a); čl. 14 odst. 2 písm. a); čl. 14 odst. 2 písm. b);
čl. 14a odst. 1 písm. a), odst. 2 a 4; čl. 14b odst. 1, 2 a 4; čl. 14c písm. a); článek 14e; článek 17
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 11 odst. 1; čl. 11a odst. 1; čl. 12a odst. 2 písm. a), odst. 5 písm. c) a odst. 7 písm. a); článek 12b

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

1.	☐ Zaměstnaná osoba	☐ Osoba samostatně výdělečně činná
1.1	Příjmení (²):	
1.2	Jméno (³):	
1.3	Předchozí příjmení:	
1.4	Datum narození:	Státní příslušnost:
1.5	Trvalé bydliště	
	Ulice:	číslo: Poštovní schránka:
	Město:	PSČ: Země:
1.6	Osobní identifikační číslo (⁴):	

2.	☐ Zaměstnavatel	☐ Samostatná výdělečná činnost
2.1	Název zaměstnavatele nebo firmy	
2.2	Identifikační číslo (⁵):	
2.3	Zaměstnavatel je náborová agentura	Ano ☐ Ne ☐
2.4	Trvalé bydliště	
	Tel.:	Fax: E-mail:
	Ulice:	číslo: Poštovní schránka:
	Město:	PSČ: Země:

3.	Výše uvedená pojištěná osoba	
3.1	☐ je zaměstnána u výše uvedeného zaměstnavatele od	
	☐ vykonávala samostatnou výdělečnou činnost od	
	v	
3.2	☐ je vyslána nebo bude vykonávat samostatnou výdělečnou činnost po dobu pravděpodobně trvajících	
	od do	
3.3	☐ v níže uvedeném podniku / podnicích	☐ na níže uvedené lodi
3.4	Název podniku / podniků nebo jméno lodi:	
3.5	Adresa / adresy	
	Ulice:	číslo: Poštovní schránka:
	Město:	PSČ: Země:
	Ulice:	číslo: Poštovní schránka:
	Město:	PSČ: Země:
3.6	Identifikační číslo (⁶):	

4. Kdo vyplácí mzdu a platí příspěvky sociálního zabezpečení vyslané zaměstnané osobě?

4.1 Zaměstnavatel uvedený v bodu 2 ☐

4.2 Podnik uvedený v bodu 3.4 ☐

4.3 Někdo jiný ☐ pokud ano, uveďte název / jméno

..... a

adresu:

ulici: číslo: poštovní schránku:

město: PSČ: zemi:

5. Pojištěná osoba nadále podléhá právním předpisům země: ☐ ⁽¹⁾

5.1 podle článku:

☐ čl. 13 odst. 2 písm. d)

☐ čl. 14 odst. 1 písm. a) ☐ čl. 14 odst. 2 písm. a) ☐ čl. 14 odst. 2 písm. b) ☐ čl. 14a odst. 1 písm. a) ☐ čl. 14a odst. 2 ☐ čl. 14a odst. 4

☐ čl. 14b odst. 1 ☐ čl. 14b odst. 2 ☐ čl. 14b odst. 4 ☐ čl. 14c písm. a) ☐ článek 14e ☐ článek 17

nařízení (EHS) č. 1408/71

5.2 ☐ od do

5.3 ☐ po dobu trvání činnosti (viz dopis příslušného úřadu nebo určeného subjektu v zemi zaměstnání, který opravňuje pojištěnou osobu k tomu, aby nadále podléhala právním předpisům vysílajícího státu

ze dne č.j.)

6. Příslušná instituce, jejíž právní předpisy se použijí

6.1 Název:

6.2 Kód instituce:

6.3 Adresa:

Tel.: Fax: e-mail:

Ulice: číslo: Poštovní schránka:

Město: PSČ: Země:

6.4 Razítko

6.5 Datum:

6.6 Podpis:

POKYNY

Tento formulář by měla vyplnit určená instituce členského státu, jejímž právním předpisům pracovník podléhá, na žádost pracovníka nebo jeho zaměstnavatele a měla by dotazník vrátit žadateli. Je-li pracovník vyslán do Belgie, Dánska, Německa, Francie, Nizozemí, Rakouska, Finska, Švédska nebo na Island, instituce zašle kopii rovněž: v Belgii, pokud jde o zaměstnanou osobu: „Office nationale de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid“, (národní úřad sociálního zabezpečení) Brusel; pokud jde o osobu samostatně výdělečně činnou: „Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants“ (státní ústav sociálního pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné), Brusel; pokud jde o námořníka: „Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins“ (podpůrný a sociální fond pro námořníky), Antverpy; nebo pokud jde o státního úředníka: „Service des Relations internationales du Ministère des Affaires sociales“ (odbor mezinárodních vztahů, Ministerstvo sociálních věcí); v Dánsku „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (národní úřad sociálního zabezpečení); v Německu „Deutsche Rentenversicherung-Bund“ (německé spolkové důchodové pojištění), 97041 Würzburg; ve Francii „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)“ (středisko pro evropskou a mezinárodní spolupráci v oblasti sociálního zabezpečení), Paříž; v Nizozemí „Sociale Verzekeringsbank“ (sociální pojišťovna), Amstelveen; v Rakousku „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ (hlavní svaz rakouských sociálních pojišťoven); ve Finsku „Eläketurvakeskus“ (ústřední ústav důchodového zabezpečení), Helsinky; ve Švédsku „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (státní sociální pojišťovna, ústředí), Stockholm; na Islandu „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní ústav sociálního zabezpečení), Reykjavík.

Informace pro pojištěnou osobu

Předtím, než odjedete ze země, kde jste pojištěn/a, a odeberete se do jiné země za účelem práce, ujistěte se, že máte doklad, který Vás opravňuje obdržet věcné dávky (např. zdravotnická péče, léky, léčení v nemocnici atd.) v zemi, kde pracujete. Budete-li žít v zemi, kde pracujete, vyžádejte si od své zdravotní pojišťovny formulář E 106 a předložte jej co nejdříve příslušné zdravotní pojišťovně v místě, kde budete pracovat. Jste-li v zemi, kde budete pracovat, jen přechodně, vyžádejte si od své zdravotní pojišťovny Evropský průkaz zdravotního pojištění. Budete-li v průběhu svého pobytu potřebovat zdravotní péči, musíte předložit tento průkaz.

Informace pro zaměstnavatele

Členský stát, který obdrží žádost týkající se použití výše uvedeného čl. 14 odst. 1, čl. 14b odst. 1 nebo článku 17 nařízení (EHS) č. 1408/71, musí řádně informovat zaměstnavatele a dotyčného pracovníka o podmínkách, za nichž může vyslaný pracovník nadále podléhat jeho právním předpisům.

Zaměstnavatel musí být informován o možnosti kontrol během doby vyslání, jejichž účelem je zjistit, zda tato doba neskončila. Tyto kontroly se mohou týkat zejména placení příspěvků a udržování přímých vztahů. Kromě toho zaměstnavatel vyslaného pracovníka musí informovat příslušnou instituci vysílajícího státu o jakýchkoli změnách, které po dobu vyslání nastanou, zejména o případech:

- kdy se vyslání uvedené v žádosti neuskutečnilo, nebo když se neuskutečnilo prodloužení vyslání uvedené v žádosti,
- kdy bylo vyslání přerušeno, pokud toto přerušování pracovníkovy činnosti pro podnik ve státě zaměstnání nemá čistě dočasnou povahu,
- kdy zaměstnavatel určil vyslaného pracovníka na práci v jiném podniku ve státě zaměstnání.

V prvních dvou případech vrátí tento formulář příslušné instituci vysílajícího státu.

Informace pro instituci v místě pobytu

Jestliže dotyčná osoba předloží řádné osvědčení (Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo formulář 106), bude ji pojišťovna v zemi pobytu prozatímně poskytovat také dávky v případě pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Jestliže v takovém případě tato instituce požaduje formulář E 123, měla by o něj co nejdříve požádat:

v **Belgii**, pokud jde o zaměstnanou osobu a v případě nemoci z povolání: „Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten“ (fond pro nemoci z povolání), Brusel, a v případě pracovního úrazu: pojišťovna, kterou určí zaměstnavatel;

v **České republice** fond nemocenského pojištění, u kterého je dotyčná osoba pojištěna;

v **Dánsku** „Arbejdsskadestryrelsen“ (národní rada pro pracovní úrazy), Kodaň;

v **Německu** příslušné „Berufsgenossenschaft“ (instituce pro pracovní úrazy);

v **Estonsku** „Sotsiaalkindlustusamet“ (rada sociálního pojištění), Tallinn;

ve **Španělsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social“ (oblastní ředitelství národního ústavu sociálního zabezpečení);

v **Irsku** „Department of Health, Planning Unit“ (Ministerstvo zdravotnictví, plánovací útvar), Dublin 2;

v **Itálii** příslušný oblastní úřad „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, (INAIL)“ (národní pojišťovna pro pracovní úrazy);

v **Lotyšsku** „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (agentura státního sociálního pojištění), Riga;

v **Litvě** „Teritorinė ligonių kasa“ (regionální nemocenská pokladna);

v **Lucembursku** „Association d'assurance contre les accidents“ (úrazová pojišťovna);

na **Maltě** „Diviżjoni tas-Saħħa“, Triq il-Merkanti“, Valletta CMR 01;

v **Nizozemsku** příslušná zdravotní pojišťovna;

v **Rakousku** příslušná instituce úrazového pojištění;

v **Polsku** oblastní pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (státní zdravotní fond);

v **Portugalsku** „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais“ (státní výbor pro ochranu proti pracovním rizikům), Lisabon;

na **Slovensku** zdravotní pojišťovna pojištěné osoby nebo sociální pojišťovna, Bratislava;

ve **Finsku** „Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto“ (federace národních úrazových pojišťoven), Bulevardi 28, 00120 Helsinky;

ve **Švédsku** „Försäkringskassan“ (státní sociální pojišťovna, místní úřad);

ve **všech ostatních členských státech** příslušná zdravotní pojišťovna;

na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní ústav sociálního zabezpečení), Reykjavík;

v **Lichtenštejnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (úřad národního hospodářství), Vaduz;

v **Norsku** „Folketrygdkontoret for Utenlandssaker“ (národní úřad sociálního zabezpečení v zahraničí), Oslo;

ve **Švýcarsku**, pokud jde o zaměstnanou osobu: instituce úrazového pojištění zaměstnavatele; pokud jde o osobu samostatně výdělečně činnou: instituce úrazového pojištění dotyčné osoby.

Je-li pracovník kryt francouzskou soustavou sociálního zabezpečení, je pojišťovna, která je příslušná pro uznání nároku na dávky, jeho pojišťovna, kterou však nemusí být pojišťovna, která je uvedena na formuláři E 101. Nastane-li takový případ, bude nutné vyžádat si Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo formulář E 123 od pojišťovny v místě stálého bydliště pracovníka.

Je-li samostatně výdělečně činná osoba kryta finskou nebo islandskou soustavou sociálního zabezpečení, bude vždy nutné vyžádat formulář E 123.

V případě, že pracovník krytý islandskou soustavou sociálního zabezpečení utrpí pracovní úraz nebo je postižen nemocí z povolání, musí o tom zaměstnavatel příslušnou instituci vždy informovat.

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) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uveďte všechna jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) U pracovníků podléhajících španělským právním předpisům uveďte číslo sociálního zabezpečení. Pro maltské instituce v případě maltských státních příslušníků uveďte číslo průkazu totožnosti nebo v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení. U osob podléhajících polským právním předpisům uveďte čísla PESEL a NIP, případně sériové číslo a číslo průkazu totožnosti nebo pasu. Pro slovenské instituce uveďte případně slovenské rodné číslo.
- (⁵) Uveďte prosím co nejvíce informací pro usnadnění identifikace zaměstnavatele nebo podniku samostatně výdělečně činné osoby. Jde-li o loď, uveďte jméno lodi a registrační číslo.
Belgie: jde-li o zaměstnanou osobu, uveďte registrační číslo zaměstnavatele (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer), a jde-li o samostatně výdělečně činnou osobu, uveďte číslo DPH.
Česká republika: identifikační číslo (IČ).
Dánsko: uveďte číslo CVR.
Německo: uveďte „Betriebsnummer des Arbeitgebers“.
Španělsko: uveďte „Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC“ (číslo zaměstnatelova účtu příspěvků).
Francie: uveďte číslo SIRET.
Itálie: je-li to možné, uveďte registrační číslo společnosti.
Lucembursko: uveďte registrační číslo sociálního zabezpečení zaměstnavatele a u osob samostatně výdělečně činných uveďte číslo sociálního zabezpečení (CCSS).
Maďarsko: uveďte registrační číslo sociálního zabezpečení zaměstnavatele nebo u osob samostatně výdělečně činných uveďte číslo soukromé společnosti.
Polsko: uveďte číslo NUSP, pokud existuje, nebo čísla NIP a REGON.
Slovensko: uveďte identifikační číslo (IČO).
Slovinsko: uveďte registrační číslo zaměstnavatele nebo osoby samostatně výdělečně činné.
 U pracovníků podléhajících **finským** právním předpisům o pracovních úrazech uveďte název příslušné instituce úrazového pojištění.
Norsko: uveďte číslo organizace.

PRODLOUŽENÍ DOBY VYSLÁNÍ NEBO SAMOSTATNÉ VÝDĚLEČNÉ ČINNOSTI

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 14 odst. 1 písm. b); čl. 14a odst. 1 písm. b); čl. 14b odst. 1 a 2
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 11 odst. 2 a čl. 11a odst. 2

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

A. Vyplní zaměstnavatel nebo osoba samostatně výdělečně činná

1.	Instituce, již je formulář určen (²)
1.1	Název:
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:
	Tel.: Fax:
	Ulice: číslo: Poštovní schránka:
	Město: PSČ: Země:

2.	☐ Zaměstnaná osoba	☐ Osoba samostatně výdělečně činná
2.1	Příjmení (³):	
2.2	Jméno (⁴):	
2.3	Předchozí příjmení:	
2.4	Datum narození:	Státní příslušnost:
2.5	Trvalé bydliště:	
	Ulice: číslo: Poštovní schránka:	
	Město: PSČ: Země:	
2.6	Osobní identifikační číslo (⁵):	

3.	Výše uvedená pojištěná osoba
	☐ byla vyslána
	☐ vykonává samostatnou výdělečnou činnost podle článku:
3.1	☐ 14 odst. 1 písm. a) ☐ 14a odst. 1 písm. a) ☐ 14b odst. 1 ☐ 14b odst. 2 nařízení (EHS) č. 1408/71
3.2	po dobu od do
3.3	☐ pro níže uvedený podnik / podniky ☐ na níže uvedené lodi
3.4	Název podniku nebo lodi:
3.5	Adresa:
	Tel.: Fax:
	Ulice: číslo: Poštovní schránka:
	Město: PSČ: Země:
3.6	Identifikační číslo (⁶):

4. Pojištěná osoba byla držitelem potvrzení týkajícího se příslušnosti k právním předpisům (formulář E 101)

4.1 vystaveného touto institucí:

Název:

Ulice:

číslo:

Poštovní schránka:

Město:

PSČ:

Země:

4.2 dne platného do

5. Žádáme Vás, abyste nadále používali na pojištěnou osobu právní předpisy země⁽¹⁾

☐

5.1 po dobu od do⁽⁷⁾

6. ☐ Zaměstnavatel

☐ Samostatná výdělečná činnost

6.1 Název zaměstnavatele nebo podniku:

.....

6.2 Identifikační číslo⁽⁶⁾:

.....

6.3 Adresa:

Tel.:

Fax:

Ulice:

číslo:

Poštovní schránka:

Město:

PSČ:

Země:

6.4 Razítko

6.5 Datum:

.....

6.6 Podpis:

.....

B. Vyplní příslušný úřad nebo určený subjekt země zaměstnání⁽⁸⁾

7. Prohlašujeme, že:

7.1 ☐ souhlasíme

☐ nesouhlasíme

s tím, aby se na pojištěnou osobu uvedenou v oddílu 2 nadále používaly právní předpisy o sociálním zabezpečení země

☐ ⁽¹⁾

7.2 po dobu od do

8. Příslušný úřad nebo určený subjekt v zemi zaměstnání

8.1 Název:

.....

8.2 Kód instituce:

8.3 Adresa:

Tel.:

Fax:

Ulice:

číslo:

Poštovní schránka:

Město:

PSČ:

Země:

8.4 Razítko

8.5 Datum:

.....

8.6 Podpis:

.....

POKyny

Informace pro zaměstnavatele nebo pro samostatně výdělečně činnou osobu

- (a) Zaměstnavatel nebo samostatně výdělečně činná osoba vyplní část A formuláře ve čtyřech vyhotoveních a zašle ji příslušnému úřadu nebo určenému subjektu v zemi, kam byl pracovník vyslán nebo kde vykonává samostatnou výdělečnou činnost, tj.:
- v **Belgii**, jde-li o zaměstnané osoby: „Office National de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid“ (národní úřad sociálního zabezpečení), Brusel; jde-li o samostatně výdělečně činné osoby: „Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen“, Brusel; jde-li o námořníky: „Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/de Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden“, Antverpy;
 - v **České republice** „Česká správa sociálního zabezpečení“, Praha;
 - v **Dánsku** „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (národní úřad sociálního zabezpečení), Kodaň;
 - v **Německu** „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“ (německý styčný úřad pro nemocenské pojištění v zahraničí), Bonn;
 - v **Estonsku** „Sotsiaalkindlustusamet“ (Rada sociálního pojištění), Tallinn;
 - v **Řecku**, jde-li o zaměstnané osoby: regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA-ETAM); pro námořníky: důchodový fond námořníků (NAT); pro samostatně výdělečně činné osoby: instituce určená pro každou profesní kategorii podle přílohy 10 – F. ŘECKO nařízení (EHS) č. 574/72;
 - ve **Španělsku** „Tesoreria General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales“ (centrální státní pokladna pro sociální zabezpečení – Ministerstvo práce a sociálních věcí), Madrid;
 - ve **Francii** „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)“ (středisko pro evropskou a mezinárodní spolupráci v oblasti sociálního zabezpečení);
 - v **Irsku** „Department of Social and Family Affairs“ (Ministerstvo sociálních a rodinných věcí), PRSI Special Collections Section, Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford;
 - v **Itálii** „Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali“ (Ministerstvo práce a sociální politiky), Řím;
 - v **Lotyšsku** „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (agentura státního sociálního pojištění);
 - v **Litvě** „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba“ (rada národního fondu sociálního pojištění);
 - v **Lucembursku** „Centre commun de la sécurité sociale“ (společné středisko sociálního zabezpečení), Lucemburk;
 - v **Maďarsku** „Országos Egészségbiztosítási Pénztár“ (národní fond nemocenského pojištění), Budapešť;
 - na **Maltě** „Dipartiment tas-Sigurtà Soċjali“ (ministerstvo sociálního zabezpečení), 38, Triq l-Ordinanza, Valletta, CMR 01;
 - v **Nizozemsku** „Sociale Verzekeringsbank“ (sociální pojišťovna), Amstelveen;
 - v **Rakousku** „Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen- und Konsumentenschutz“ (spolkové ministerstvo sociálního zabezpečení, generační otázky a ochrany spotřebitelů), Vídeň;
 - v **Polsku** „Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)“ (instituce sociálního pojištění), Varšava;
 - v **Portugalsku**, pro metropolitní Portugalsko: „Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social“ (Odbor mezinárodních vztahů a sociálního zabezpečení), Lisabon; pro Madeiru: „Secretario Regional dos Assuntos Sociais“ (oblastní tajemník pro sociální věci), Funchal; pro Azory: „Direcção Regional de Segurança Social“ (regionální ředitelství sociálního zabezpečení), Angra do Heroísmo;
 - ve **Slovinsku** „Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve“ (Ministerstvo práce, rodinných a sociálních věcí), Lublaň;
 - na **Slovensku** „Sociálna poisťovňa“, Bratislava;
 - ve **Finsku** „Eläketurvakeskus“ (ústřední ústav důchodového zabezpečení), Helsinky;
 - ve **Švédsku** „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (státní sociální pojišťovna, ústředí), Stockholm;
 - ve **Spojeném království** „Inland Revenue Centre for Non-Residents“ (finanční správa, středisko pro osoby s bydlištěm v zahraničí), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;
 - na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní institut sociálního zabezpečení), Reykjavík;
 - v **Lichtenštejnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (úřad národního hospodářství), Vaduz;
 - v **Norsku** „Folketrygdkontoret for Utenlandssaker“ (národní úřad sociálního zabezpečení v zahraničí), Oslo;
 - ve **Švýcarsku** „Caisse de Compensation AVS“ (fond starobního a pozůstalostního pojištění), který je příslušný pro zaměstnanou či samostatně výdělečně činnou osobu v případě použití švýcarských právních předpisů.
- (b) Dvě kopie tohoto formuláře s vyplněnou částí B se zašlou zaměstnavateli nebo samostatně výdělečně činné osobě. Zaměstnavatel zašle jednu kopii zaměstnanci.
- (c) Členský stát, který dostane žádost týkající se používání shora uvedených článků 14 odst. 1 nebo 14b odst. 1 nařízení (EHS) č. 1408/71, uvedomí zaměstnavatele a dotyčného pracovníka o podmínkách, za kterých může pracovník nadále podléhat jeho právním předpisům.
- Zaměstnavatel musí proto být informován o možnosti kontrol během doby vyslání, jejichž účelem je zjistit, zda tato doba neskončila. Tyto kontroly se mohou týkat zejména placení příspěvků a udržování přímých vztahů.

Kromě toho zaměstnavatel vyslaného pracovníka musí informovat příslušnou instituci vysílajícího státu o jakýchkoli změnách, které během doby vyslání nastanou, zejména o případech:

- kdy se vyslání uvedené v žádosti neuskutečnilo, nebo když se neuskutečnilo prodloužení vyslání uvedené v žádosti,
- kdy bylo vyslání přerušeno, pokud toto přerušení činnosti pracovníka pro podnik ve státě zaměstnání nemá čistě dočasnou povahu,
- kdy zaměstnavatel určil vyslaného pracovníka na práci v jiném podniku ve státě zaměstnání.

V prvních dvou případech zaměstnavatel vrátí tento formulář příslušné instituci vysílajícího státu.

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) Viz informace uvedené u položky a) „**Informace pro zaměstnavatele nebo pro samostatně výdělečně činnou osobu**“.
- (³) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uveďte všechna jména v pořadí občanského stavu.
- (⁵) U pracovníků podléhajících **belgickým** právním předpisům uveďte národní číslo sociálního zabezpečení (NISS). U pracovníků podléhajících **českým** právním předpisům uveďte české rodné číslo.
 U pracovníků podléhajících **dánským** právním předpisům uveďte číslo CPR.
 U pracovníků podléhajících **španělským** právním předpisům uveďte číslo sociálního zabezpečení.
 U pracovníků podléhajících **italským** právním předpisům uveďte daňové číslo.
 U pracovníků podléhajících **litevským** právním předpisům uveďte národní registrační číslo a číslo národního osvědčení sociálního zabezpečení.
 U pracovníků podléhajících **lucemburským** právním předpisům uveďte číslo sociálního zabezpečení pracovníka (CCSS).
 U pracovníků podléhajících **maltským** právním předpisům uveďte maltské číslo sociálního zabezpečení.
 U pracovníků podléhajících **nizozemským** právním předpisům uveďte číslo SOFI.
 U pracovníků podléhajících **polským** právním předpisům uveďte čísla PESEL a NIP, případně sériové číslo a číslo průkazu totožnosti nebo pasu.
 U pracovníků podléhajících **slovinským** právním předpisům uveďte číslo ZZZZ.
 U pracovníků podléhajících **slovenským** právním předpisům uveďte slovenské rodné číslo.
- (⁶) Uveďte prosím co nejvíce informací pro usnadnění identifikace zaměstnavatele nebo podniku samostatně výdělečně činné osoby.
 Jde-li o loď, uveďte jméno lodi a registrační číslo lodi.
Belgie: jde-li o zaměstnanou osobu, uveďte registrační číslo zaměstnavatele (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer) a jde-li o samostatně výdělečně činnou osobu, uveďte registrační číslo pro účely DPH.
Česká republika: identifikační číslo (IČ).
Dánsko: uveďte číslo CVR.
Německo: uveďte „Betriebsnummer des Arbeitgebers“.
Španělsko: uveďte „Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC“ (číslo zaměstnatelova účtu příspěvků).
Francie: uveďte číslo SIRET.
Lucembursko: uveďte registrační číslo sociálního zabezpečení zaměstnavatele a u osob samostatně výdělečně činných uveďte číslo sociálního zabezpečení (CCSS).
Maďarsko: uveďte registrační číslo sociálního zabezpečení zaměstnavatele a u osob samostatně výdělečně činných uveďte identifikační číslo soukromé společnosti.
Malta: v případě maltských státních příslušníků uveďte číslo průkazu totožnosti nebo v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení.
Polsko: v bodě 3.6 uveďte číslo NUSP, pokud existuje, nebo čísla NIP a REGON a v bodě 6.2 uveďte čísla PESEL a NIP, nebo případně sériové číslo a číslo průkazu totožnosti nebo pasu.
Slovinsko: uveďte registrační číslo zaměstnavatele nebo osoby samostatně výdělečně činné.
Slovensko: uveďte identifikační číslo organizace (IČO).
 U pracovníků podléhajících **finským** předpisům o pracovních úrazech uveďte prosím název příslušné instituce úrazového pojištění.
Norsko: uveďte číslo organizace.
- (⁷) Tato doba nesmí být delší než 24 měsíců od data počátku vyslání nebo počátku samostatně výdělečně činnosti.
- (⁸) Dvě kopie je třeba vrátit žadateli a jednu kopii poslat určené instituci v zemi, kde má podnik své registrované sídlo.

UPLATNĚNÍ PRÁVA VOLBY

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 16 odst. 2 a 3
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 13 odst. 2 a 3; čl. 14 odst. 1 a 2

Po vyplnění části A formuláře v souladu s body a) a b) pokynů by pojištěná osoba měla formulář předat nebo doručit v souladu s body a) a c) pokynů. Instituce přijímající formulář vyplní část B a zašle jednu kopii zpět pojištěné osobě.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem (ve trojím vyhotovení) a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze 3 stran, z nichž žádnou nelze vypustit.

A. Volba

1.	Niže podepsaný/á
1.1	Příjmení ⁽²⁾ :
1.2	Jméno ⁽³⁾ :
1.3	Předchozí příjmení:
1.4	Datum narození: 1.5. Státní příslušnost:
1.6	Osobní identifikační číslo ⁽⁴⁾ :

2. Zaměstnán/a od:

2.1 ⁽⁴⁾ ☐ jako: u níže uvedené diplomatické mise nebo konzulárního postu:

2.2 ⁽⁴⁾ ☐ jako: v soukromém personálu následujícího zaměstnavatele ⁽⁵⁾: zástupce diplomatické mise nebo konzulárního postu:

2.3 ☐ jako člen pomocného personálu Evropských společenství

3. Niže podepsaná osoba se tímto rozhoduje, že bude podléhat právním předpisům o sociálním zabezpečení

3.1 ⁽⁶⁾ ☐ státu, jehož je státním příslušníkem

3.2 ⁽⁶⁾ ☐ státu, jehož právní předpisy se na něj vztahovaly naposledy, tj. právní předpisy

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Belgie | ☐ České republiky | ☐ Dánska | ☐ Německa | ☐ Estonska |
| ☐ Řecka | ☐ Španělska | ☐ Francie | ☐ Irska | ☐ Itálie |
| ☐ Kypru | ☐ Lotyšska | ☐ Litvy | ☐ Lucemburska | ☐ Maďarska |
| ☐ Malty | ☐ Nizozemska | ☐ Rakouska | ☐ Polska | ☐ Slovinska |
| ☐ Portugalska | ☐ Slovenska | ☐ Finska | ☐ Švédsko | ☐ Spojeného království |
| ☐ Islandu | ☐ Lichtenštejnska | ☐ Norska | ☐ Švýcarska | |

4. Místo a datum:

5. Podpis:

6.	Úřad Evropských společenství, který uzavřel smlouvu s členem pomocného personálu
6.1	Název:
6.2	Adresa:
6.3	Razítko
6.4	Datum:
6.5	Podpis:

B. Prohlášení

7. Vzali jsme na vědomí skutečnost, že na pracovníka uvedeného v oddílu 1 se vztahují právní předpisy⁽⁶⁾

- | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Belgie | ☐ České republiky | ☐ Dánska | ☐ Německa | ☐ Estonska |
| ☐ Řecka | ☐ Španělska | ☐ Francie | ☐ Irska | ☐ Itálie |
| ☐ Kypru | ☐ Lotyšska | ☐ Litvy | ☐ Lucemburska | ☐ Maďarska |
| ☐ Maltu | ☐ Nizozemska | ☐ Rakouska | ☐ Polska | ☐ Portugalska |
| ☐ Slovinska | ☐ Slovenska | ☐ Finska | ☐ Švédsko | ☐ Spojeného království |
| ☐ Islandu | ☐ Lichtenštejnska | ☐ Norska | ☐ Švýcarska | |

7.1 Od

7.2 Po dobu, během které bude působit v zaměstnání uvedeném v části A tohoto formuláře⁽⁷⁾

8. Instrukce pověřená příslušným úřadem

8.1	Název:
8.2	Kód instituce:
8.3	Adresa:
8.4	Razítko
8.5	Datum:
8.6	Podpis:

Pracovníkům diplomatických misí nebo konzulárních postů a jejich soukromému domácímu personálu

a) Po vyplnění části A formuláře s vyloučením oddílu 6 byste měli dát jednu kopii formuláře svému zaměstnavateli a dvě kopie odeslat instituci určené příslušným úřadem státu, pro jehož právní předpisy jste se rozhodli, tj.:

v **Belgii** „Office national de sécurité sociale“ (národní úřad pro sociální zabezpečení), Brusel;

v **České republice** „Česká správa sociálního zabezpečení“, Praha;

v **Dánsku** „Den Sociale Sikringsstyrelse“ (národní úřad sociálního zabezpečení), Kodaň;

v **Německu** úřad v Bonnu té zdravotní pojišťovny „Krankenkasse“, kterou si pojištěná osoba zvolila;

v **Estonsku** „Sotsiaalkindlustusame“ (rada sociálního pojištění), Tallinn;

v **Řecku** regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA);

ve **Španělsku** „Tesoreria General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social“ (centrální státní pokladna pro sociální zabezpečení – Ministerstvo práce a sociálního zabezpečení), Madrid;

ve **Francii** „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (fond nemocenského pojištění), Paříž;

v **Irsku** „Department of Social and Family Affairs“ (Ministerstvo sociálních a rodinných věcí), Dublin;

v **Itálii** příslušný místní úřad státní správy sociálního zabezpečení „Istituto nazionale della previdenza sociale INPS“;

na **Kypu** „Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων“ (Ministerstvo sociálních věcí, Ministerstvo práce a sociálního zabezpečení), 1465 Lefkosia;

v **Lotyšsku** „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (agentura státního sociálního pojištění);

v **Litvě** „Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba“ (rada národního fondu sociálního zabezpečení), Vilnius;

v **Lucembursku** „Centre commun de la sécurité sociale“ (společné středisko sociálního zabezpečení), Lucemburk;

v **Maďarsku** „Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (regionální fond nemocenského pojištění pro hlavní město a Pest), Budapešť;

na **Maltě** „Dipartiment tas-Sigurta Soċjali“ (ministerstvo sociálního zabezpečení), Valletta;

v **Nizozemsku** „Sociale Verzekeringsbank“ (sociální pojišťovna), Amstelveen;

v **Rakousku** příslušná instituce nemocenského pojištění;

v **Polsku** „Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS“ (instituce sociálního pojištění), Varšava;

v **Portugalsku** „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social“ (odbor mezinárodních vztahů a ujednání o sociálním zabezpečení), Lisabon;

ve **Slovinsku** příslušné regionální oddělení „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění);

na **Slovensku** „Sociálna poisťovňa“, Bratislava;

ve **Finsku** „Eläketurvakeskus“ (ústřední ústav důchodového zabezpečení), Helsinky;

ve **Švédsku** „Försäkringskassan, Huvudkontoret“ (státní sociální pojišťovna, ústředí), Stockholm;

ve **Spojeném království** „Inland Revenue Centre for Non-Residents“ (finanční správa, středisko pro osoby s bydlištěm v zahraničí), Benton Park View, Newcastle upon Tyne, NE98 1ZZ;

na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní institut sociálního zabezpečení), Reykjavík;

v **Lichtenštejnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (úřad národního hospodářství), Vaduz; v **Norsku** „Folketrygdkontoret for Utenlandssaker“ (národní úřad sociálního zabezpečení v zahraničí), Oslo;
ve **Švýcarsku** „Caisse fédérale de compensation“ (federální vyrovnávací fond), Bern.

Úřadu Evropských společenství zplnomocněnému k uzavírání zaměstnaneckých smluv s pomocným personálem

- b) *Když je některá osoba přijata za člena pomocného personálu a vyjádří přání použít své právo volby, musí zplnomocněný úřad Evropských společenství zajistit, aby vyplnila část A formuláře s výjimkou kolonky 6, kterou musí vyplnit tento úřad.*
- c) *Dvě kopie formuláře by měly být zaslány instituci určené příslušným úřadem členského státu, pro jehož právní předpisy se dotýčná osoba rozhodla (viz výše uvedený bod a)).*

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 = Kypř; 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) Uveďte příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) U pracovníků podléhajících bulharským právním předpisům uveďte národní registrační číslo.
U pracovníků podléhajících španělským právním předpisům uveďte číslo sociálního zabezpečení.
U pracovníků podléhajících maltským právním předpisům uveďte v případě maltských státních příslušníků číslo průkazu totožnosti a v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení.
U pracovníků podléhajících slovenským právním předpisům uveďte případně slovenské rodné číslo.
U pracovníků podléhajících polským právním předpisům uveďte čísla PESEL a NIP, nebo v případě, že tato čísla nemáte, sériové číslo a číslo průkazu totožnosti nebo pasu.
- (⁵) Uveďte příjmení a jméno zaměstnavatele.
- (⁶) Zaškrtněte rámeček uvedený před příslušnou zemí. Mějte na paměti, že pracovníci zaměstnaní diplomatickými misemi nebo konzulárními posty a členové soukromého domácího personálu zástupců těchto misí nebo postů se mohou rozhodnout pouze pro právní předpisy sociálního zabezpečení státu, jehož mají občanství.
- (⁷) Právo volby pracovníků zaměstnaných diplomatickými misemi nebo konzulárními posty a členů soukromého domácího personálu zástupců těchto misí nebo postů může být uplatňováno na konci každého kalendářního roku.

POTVRZENÍ TÝKAJÍCÍ SE SČÍTÁNÍ DOB POJIŠTĚNÍ, ZAMĚŠTNÁNÍ NEBO BYDLENÍ

Nemoc – mateřství – smrt (pohřebné) – invalidita

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 9 odst. 2; čl. 18 odst. 1; čl. 38 odst. 1; článek 64

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 6 odst. 2; článek 16; čl. 39 odst. 1 a 2; článek 79

Příslušná instituce vyplní část A formuláře a odešle dvě kopie instituci členského státu, jejíž právní předpisy se na dotyčnou osobu naposledy vztahovaly. Tato instituce vyplní část B a vrátí formulář zpět instituci, od níž formulář obdržela. Pokud je formulář vystaven na žádost dotyčné osoby, vyplní instituce vystavující formulář části A.2 a B a předá nebo zašle formulář dotyčné osobě.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze 3 stran, z nichž žádnou nelze vypustit.

Část A

1.	Instituce, již je formulář určen
1.1	Název:
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:

2.	Pojištěná osoba
2.1	Příjmení ⁽²⁾ :
2.2	Jméno ⁽³⁾ : Datum narození:
2.3	Předchozí příjmení:
2.4	Osobní identifikační číslo:
2.5	Od data uvedeného v bodě 3.1 pracovala pojištěná osoba jako: ☐ zaměstnaná osoba ☐ osoba samostatně výdělečně činná ⁽⁴⁾
2.6	☐ Název posledního zaměstnavatele ☐ Poslední povolání při výkonu samostatně výdělečné činnosti Adresa:
2.7	☐ Předchozí zaměstnavatelé: ☐ Předchozí povolání, která osoba vykonávala při samostatně výdělečné činnosti: [jméno a adresa]

3. Za účelem zpracování žádosti předložené výše uvedenou pojištěnou osobou uveďte doby pojištění, zaměstnání nebo bydlení dosažené touto osobou

3.1 od

3.2 na základě právních předpisů Vaší země, pro případ:

☐ nemoci a mateřství⁽⁵⁾

☐ smrti (pohřebné)

☐ invalidity⁽⁶⁾

4.	Příslušná instituce		
4.1	Název:	.....	
4.2	Kód instituce:	.....	
4.3	Adresa:	.....	
4.4	Razítko	4.5.	Datum:
		4.6.	Podpis:

Část B

5. Osoba uvedená v oddílu 2

5.1 ☐ byla pojištěna pro případ nemoci nebo mateřství ode dne uvedeného v bodu 3.1 ⁽⁷⁾5.2 ☐ dosáhla od6. těchto dob pojištění nebo zaměstnání pro tyto dávky: ⁽⁶⁾

6.1	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.2	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.3	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.4	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.5	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.6	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.7	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.8	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.9	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
6.10	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)

7. těchto dob bydlení:

7.1	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.2	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.3	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.4	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.5	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.6	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.7	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.8	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.9	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)
7.10	od	do	(8)	pro pojistný případ (9)	☐ (10)

8. Instituce vyplňující část B

8.1	Název:	.....	
8.2	Kód instituce:	.....	
8.3	Adresa:	.....	
8.4	Razítko	8.5	Datum:
		8.6	Podpis:

POZNÁMKY

- (¹) Symbol země, v níž se nachází instituce vyplňující formulář jako první: 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) Uveďte příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uveďte stát.
- (⁵) Je-li formulář určen belgické, francouzské, řecké, lichtenštejnské nebo švýcarské instituci, uveďte kryté riziko za použití těchto symbolů: N = věcné dávky; E = peněžité dávky.
- (⁶) Pro účely francouzských a lotyšských institucí.
- (⁷) Vyplňte pouze v případě, že příslušnou institucí je belgická instituce.
- (⁸) Je-li potvrzení určeno pro belgickou, českou, řeckou, lotyšskou, litevskou, polskou nebo lichtenštejnskou instituci, uveďte, zda dotyčná osoba působila v obdobích činnosti jako zaměstnanec nebo jako osoba samostatně výdělečně činná. Použijte při tom tyto symboly: D = zaměstnaná osoba; I = osoba samostatně výdělečně činná.
- Je-li potvrzení určeno pro německou, litevskou, lucemburskou nebo polskou instituci, uveďte doby pojištění v oddílu 7 a použijte při tom tyto symboly: P = povinné pojištění; F = dobrovolné pojištění.
- (⁹) Uveďte kryté riziko pomocí těchto symbolů: A = nemoc a mateřství; B = smrt (pohřebné); O = invalidita.
- (¹⁰) Je-li příslušnou institucí kyperská, německá, irská, maďarská, rakouská instituce nebo instituce Spojeného království, zakřížkujte okénko, pokud doba pojištění nebo doba bydlení odpovídá době skutečného zaměstnání, a uveďte druh zaměstnání nebo samostatné výdělečné činnosti.

**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 ☐ zaměstnanou osobou
2.7	Pojištěná osoba je ☐ osobou samostatně výdělečně činnou
2.8	Pojištěná osoba je ☐ přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným)
2.9	Pojištěná osoba je ☐ přeshraničním pracovníkem (osoba samostatně výdělečně činná)
2.10	Pojištěná osoba je ☐ 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 7.6	Datum: 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.					
9.1	Příjmení ⁽³⁾	Jméno ⁽⁴⁾	Předchozí příjmení	Datum narození	Osobní identifikační číslo
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 10.6	Datum: 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 Kypru „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví, 1448 Lefkosia). Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez něž nemohou vládní lékařské instituce poskytovat žádné věcné dávky;*
 - v Lotyšsku „Veselības 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) Uvedte příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uvedte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁵) Vyplňte pouze v případě, že se formulář vztahuje na rodinné příslušníky nezaměstnané osoby. Uvedte 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.
-

ŽÁDOST O POTVRZENÍ NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. a); čl. 19 odst. 2; čl. 22 odst. 1 písm. a) bod i), písm. b) bod i) a písm. c) bod i), čl. 22 odst. 3; čl. 25 odst. 1 písm. a) a odst. 3 písm. i); čl. 26 odst. 1; čl. 28 odst. 1 písm. a); čl. 29 odst. 1 písm. a); čl. 31 písm. a); čl. 52 písm. a); čl. 55 odst. 1 písm. a) bod i), písm. b) bod i) a písm. c) bod i)

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 17 odst. 1; čl. 21 odst. 1; čl. 22 odst. 1 a 3; článek 23; článek 27 (první věta); článek 28; čl. 29 odst. 1 a 2; čl. 30 odst. 1; čl. 31 odst. 1 a 3; čl. 60 odst. 1; čl. 62 odst. 3, 4 a 7; čl. 63 odst. 1 a 3

Instituce v místě bydliště či pobytu vyplní část A a odešle příslušné instituci dvě kopie formuláře, přičemž vezme v úvahu ustanovení výše uvedených článků nařízení (EHS) č. 574/72. Pokud tato instituce usoudí, že není schopna požadovaný formulář odeslat, vyplní část B a odešle jednu ze dvou kopií zpět instituci, od níž je obdržela. Je-li příslušnou zemí Belgie, zašle se formulář instituci nemocenského pojištění s výjimkou těch situací, kdy se jedná o pracovní úraz, který byl ověřen, nebo o nemoc, která byla uznána jako nemoc z povolání.

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

A. Vyplní instituce v místě bydliště či pobytu

1.	Instituce, již je formulář určen
1.1	Název:
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:

2.	☐ Pojištěná osoba
2.1	Příjmení (²):
2.2	Jméno (³): Datum narození:
2.3	Předchozí příjmení:
2.4	Adresa:
2.5	Osobní identifikační číslo (⁴):
2.6	☐ Osoba, která má nárok na ☐ Žadatel o důchod z důvodu ☐ stáří ☐ invalidity ☐ pozůstalosti ☐ pracovního úrazu ☐ nemoci z povolání
2.7	Instituce odpovědná za vyplácení důchodu

3.	☐ Poslední zaměstnavatel (⁵) ☐ Poslední činnost při výkonu samostatné výdělečné činnosti (⁵)
3.1	Název:
3.2	Adresa:
3.3	Oblast činnosti (⁶):
3.4	Instituce pojišťující proti pracovním úrazům, u níž je zaměstnanec pojištěn (⁷):

4.	Rodinní příslušníci ⁽⁸⁾			
4.1	Příjmení ⁽²⁾	Jméno ⁽³⁾	Datum narození	Osobní identifikační číslo ⁽⁴⁾
				
				
				
				
				
				
4.2	Adresa v zemi bydliště ⁽⁹⁾			
				

5. Dne jsme obdrželi žádost od osoby uvedené
☐ v oddílu 2 ☐ v oddílu 4
o
- 5.1 ☐ poskytování věcných dávek
5.2 ☐ zachování nároku na věcné dávky
5.3 ☐ registraci u nás jako osoby, která má nárok na věcné dávky
6. Věcné dávky ☐ byly přiznány ☐ nebyly přiznány
6.1 v souladu s článkem ☐ 29 odst. 2 ☐ 60 odst. 1 ☐ 62 odst. 3 nařízení (EHS) č. 574/72.
6.2 Žadatel ☐ dosud nepracuje
☐ zastával po tomto datu následující činnost:
.....
7. Prosíme Vás o zaslání potvrzení o nároku na dávky na
☐ formuláři E
☐ potvrzení dočasně nahrazujícím Evropský průkaz zdravotního pojištění nebo Evropském průkazu zdravotního pojištění (jestliže je lze vydat na základě právních předpisů příslušného státu)
- S platností od do
8. ☐ Lékařská zpráva přiložena⁽¹⁰⁾

9.	Instituce v místě bydliště či pobytu			
9.1	Název:			
9.2	Kód instituce:			
9.3	Adresa:			
				
9.4	Razítko	9.5	Datum:	
		9.6	Podpis:	
				

B. Vyplní příslušná instituce

10.

10.1 ☐ Výše uvedený formulář je přiložen. Zašlete nám zpět řádně vyplněnou a podepsanou kopii. ⁽¹¹⁾10.2 ☐ Nemůžeme vydat potvrzení požadované v části A, jelikož

.....

.....

11.

Příslušná instituce

11.1 Název:

11.2 Kód instituce:

11.3 Adresa:

.....

.....

11.4 Razítko

11.5 Datum:

.....

11.6 Podpis:

.....

- (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) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Pro italské instituce uveďte „daňové číslo“.
Pro maltské instituce v případě maltských státních příslušníků uveďte číslo průkazu totožnosti nebo v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení.
Pro slovenské instituce uveďte případně slovenské rodné číslo.
Pro španělské instituce v případě španělských státních příslušníků uveďte číslo uvedené na národním průkazu totožnosti DNI nebo v případě cizinců číslo uvedené na NIE. Je-li průkaz DNI nebo NIE propadlý, uveďte „žádný“.
- (⁵) Vyplňte pouze v případě, že se formulář týká zaměstnané osoby nebo osoby samostatně výdělečně činné, která pracuje, nebo nezaměstnané osoby.
- (⁶) Vyplňte pouze v případě, že se formulář týká zaměstnané osoby, u níž se předpokládá, že utrpěla pracovní úraz.
- (⁷) Pro Španělsko: „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (oblastní ředitelství národní instituce sociálního zabezpečení) nebo „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina“ (oblastní ředitelství národní instituce pro námořníky) pro zvláštní systém pro námořníky.
- (⁸) Vyplňte pouze pro rodinné příslušníky, pro něž byla podána žádost o poskytování dávek nebo žádost o registraci. Pro registraci uveďte pouze jednoho rodinného příslušníka.
- (⁹) Vyplňte pouze v případě, když se adresa rodinného příslušníka liší od adresy živatele rodiny.
- (¹⁰) Přiloží se pouze v případě nutnosti. V takovém případě zakřížkujte odpovídající okénko.
- (¹¹) Pro účely nizozemských a švýcarských institucí a tam, kde to umožňuje charakter formuláře, který má být vrácen.

OZNÁMENÍ O POZASTAVENÍ NEBO ODNĚTÍ NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY ZDRAVOTNÍHO
POJIŠTĚNÍ A POJIŠTĚNÍ V MATEŘSTVÍ

Osoby s bydlištěm v jiné zemi, než je příslušná země

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. a) a odst. 2; čl. 25 odst. 3 písm. i); čl. 26 odst. 1; čl. 28 odst. 1 písm. a); čl. 29 odst. 1 písm. a)
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 17 odst. 2 a 3; článek 27; článek 28; čl. 29 odst. 5; článek 30; čl. 94 odst. 4; čl. 95 odst. 4

Příslušná instituce nebo instituce v místě bydliště vyplní část A formuláře a odešle dvě kopie instituci v místě bydliště nebo příslušné instituci
(případně prostřednictvím styčného orgánu). Přijímající instituce vyplní část B a co nejdříve zašle jednu kopii zpět odesílající instituci.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze 3 stran, z nichž žádnou nelze vypustit.

A. Oznámení

1.	Instituce, již je formulář určen	
1.1	Název:	
1.2	Kód instituce:	
1.3	Adresa:	
2.	☐ Zaměstnaná osoba ☐ Osoba samostatně výdělečně činná ☐ Nezaměstnaná osoba ☐ Důchodce (systém pro zaměstnané osoby) ☐ Důchodce (systém pro osoby samostatně výdělečně činné) ☐ Žadatel o důchod ☐ Přeshraniční pracovník (zaměstnanec) ☐ Přeshraniční pracovník (osoba samostatně výdělečně činná)	
2.1	Příjmení (²):	
2.2	Jméno (³):	Datum narození:
2.3	Předchozí příjmení:	
2.4	Adresa v zemi bydliště:	
2.5	Osobní identifikační číslo (⁴):	
3.	Rodinný příslušník (⁵)	
3.1	Příjmení (²):	
3.2	Jméno (³):	Datum narození:
3.3	Předchozí příjmení:	
3.4	Adresa v zemi bydliště:	
3.5	Osobní identifikační číslo:	

4. Nárok na věcné dávky potvrzené v našem ☐ Vašem ☐ formuláři ze dne
byl pozastaven nebo odňat z těchto důvodů:
- 4.1 ☐ Pojištění výše uvedené pojištěné osoby skončilo dne
- 4.2 Žádný z registrovaných rodinných příslušníků pojištěné osoby nebydlel v naší ☐ Vaší ☐ zemi od
.....
- 4.3 Důchod výše uvedeného důchodce byl pozastaven nebo odňat od
- 4.4 Osoba s nárokem na dávky uvedená v oddílu 2
nebo
- ☐ Rodinný příslušník uvedený v oddílu 3
- ☐ nebydlel v naší ☐ Vaší ☐ zemi od (datum)
- ☐ zemřel(a) dne (datum)
- 4.5 ☐ Rodinný příslušník uvedený v oddílu 3 neplnil požadavky právních předpisů země bydliště od
.....
- 4.6 ☐ (°)

5.	☐ Příslušná instituce	☐ Instituce v místě bydliště
5.1	Název:	
5.2	Kód instituce:	
5.3	Adresa:	
5.4	Razítko	5.5 Datum: 5.6 Podpis:

B. Potvrzení příjmu

6. Obdrželi jsme výše uvedené oznámení (Část A) dne
7. ☐ Registrace osoby / osob uvedené / uvedených v části A skončila dne
- ☐ Potvrzujeme pozastavení nebo odejmutí nároku na dávky (dle bodu 4) s platností od
.....

8.	☐ Příslušná instituce	☐ Instituce v místě bydliště
8.1	Název:	
8.2	Kód instituce:	
8.3	Adresa:	
8.4	Razítko	8.5 Datum: 8.6 Podpis:

POZNÁMKY

- (¹) Symbol země, v níž se nachází instituce vyplňující formulář jako první: 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) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Pro italské instituce uveďte „daňové číslo“.
- Pro maltské instituce v případě maltských státních příslušníků uveďte číslo průkazu totožnosti nebo v případě cizinců maltské číslo sociálního zabezpečení.
- Pro slovenské instituce uveďte případně slovenské rodné číslo.
- Pro španělské instituce v případě španělských státních příslušníků uveďte číslo uvedené na národním průkazu totožnosti DNI nebo v případě cizinců číslo uvedené na NIE. Je-li průkaz DNI nebo NIE propadlý, uveďte „žádný“.
- (⁵) Vyplňte v případě, že pozastavení nebo odejmutí nároku na dávky postihne rodinné příslušníky.
- (⁶) Je třeba upřesnit důvod pozastavení nebo odnětí nároku na dávky jedním z následujících písmen:
- (a) Držitel důchodu má výdělečné aktivity v zemi bydliště.
 - (b) Rodinný příslušník má výdělečné aktivity v zemi bydliště.
 - (c) Neplacení příspěvků.
 - (d) Jiný důvod.
-

POTVRZENÍ PRO REGISTRACI RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ POJIŠTĚNÉ OSOBY A AKTUALIZACE SEZNAMŮ

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 2

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 17 odst. 1, 2, 3 a 4; čl. 94 odst. 4

Příslušná instituce vyplní část A formuláře a vydá 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. Má-li rodinný příslušník pojištěné osoby bydliště ve Spojeném království, zašle příslušná instituce obě kopie formuláře přímo Ministerstvu práce a penzí: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne. Instituce v místě bydliště po přijetí kopií vyplní část B a odešle jednu kopii zpět příslušné instituci. Mají-li rodinní příslušníci bydliště v různých zemích, je třeba vystavit pro každou z těchto zemí samostatné potvrzení.

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:
2.5	Osobní identifikační číslo:
2.6	Pojištěná osoba ☐ je osoba samostatně výdělečně činná

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

4. Rodinní příslušníci výše uvedené pojištěné osoby mají nárok na věcné dávky na základě zdravotního pojištění a pojištění v mateřství, pokud
- ☐ již nemají na tyto dávky nárok na základě právních předpisů země, v níž bydlí⁽⁵⁾
- ☐ nevykonávají profesionální činnost nebo živnost⁽⁵⁾
5. Tento nárok začíná platit dne

6. a pokračuje

- 6.1 ☐ až do zrušení platnosti tohoto potvrzení
- 6.2 ☐ na období jednoho roku od data uvedeného v bodě 5⁽⁶⁾
- 6.3 ☐ do data, kdy končí sezónní práce, tj.
- 6.4 ☐ až do⁽⁷⁾ včetně.

7. ☐ Vraťte prosím Evropský průkaz zdravotního pojištění rodinného příslušníka uvedeného v oddílu 3 s číslem a platný do

8. Příslušná instituce

- 8.1 Název:
- 8.2 Kód instituce:
- 8.3 Adresa:
- 8.4 Razítko 8.5 Datum:
- 8.6 Podpis:

B. Oznámení o registraci⁽⁸⁾9. ☐ ⁽⁹⁾

Tito rodinní příslušníci nebyli registrováni:

	Příjmení ⁽³⁾	Jméno ⁽⁴⁾	Datum narození	Osobní identifikační číslo
9.1				
9.2				
9.3				
9.4				
9.5				
9.6				
9.7				
9.8				
9.9				
9.10				

protože

- ☐ Nemají nárok na dávky
- ☐ Již mají nárok na věcné dávky
- ☐ Jiné důvody

10. ☐ ⁽⁹⁾

Tito rodinní příslušníci pojištěné osoby uvedené v oddílu 2 byli registrováni:

	Příjmení ⁽³⁾	Jméno ⁽⁴⁾	Datum narození	Osobní identifikační číslo
10.1				
10.2				
10.3				
10.4				
10.5				
10.6				
10.7				
10.8				
10.9				
10.10	Náklady těchto dávek platíte Vy. Datum, od kterého se vypočítává paušální částka podle článku 94 nařízení (EHS) č. 574/72, je			

11.	Evropský průkaz zdravotního pojištění
11.1	☐ Přikládáme Evropský průkaz zdravotního pojištění s číslem .....požadovaný v oddílu 7
11.2	☐ Uvedte prosím opatření aplikovaná v souvislosti s Evropským průkazem zdravotního pojištění s číslem a platným do, který byl vydán rodinnému příslušníkovi uvedenému v oddílu 3.

12.	Instituce v místě bydliště
12.1	Název:
12.2	Kód instituce:
12.3	Adresa:
12.4	Razítko
12.5	Datum:
12.6	Podpis:

Pokyny pro pojištěnou osobu

- a) Tento formulář umožňuje Vaším rodinným příslušníkům, aby mohli dostat věcné dávky na základě nemocenského pojištění a pojištění mateřství v zemi, kde bydlí, podle právních předpisů této země, pokud již nemají na tyto dávky nárok na základě těchto právních předpisů.
- b) Jakmile obdržíte dvě kopie tohoto formuláře, odešlete je svým rodinným příslušníkům, kteří je okamžitě odevzdají instituci nemocenského pojištění a pojištění v mateřství v místě svého bydliště, tj.
- 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“ (fond nemocenského pojištění) Vaší volby;
- v **Estonsku** „Eesti Haigekassa“ (estonská zdravotní pojišťovna);
- v **Řecku** zpravidla regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA), která dotyčné osobě vystaví „zdravotní knížku“, bez níž nemohou být věcné dávky poskytovány;
- ve **Španělsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (oblastní ředitelství národního ústavu sociálního zabezpečení);
- ve **Francii** „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (místní fond nemocenského pojištění);
- v **Irsku** místní zdravotní úřad výkonného orgánu „Health Service Executive“;
- v **Itálii** „Unità sanitaria locale“ (místní zdravotně správní jednotka) odpovědná pro danou oblast;
- na **Kypřu** „Υπηρεσία Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia, instituce nemocenského pojištění a pojištění v mateřství. Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez něž nemohou vládní lékařské instituce poskytovat žádné věcné dávky;
- v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (státní úřad pro povinné nemocenské pojištění); v **Litvě** „Territorial Patient Fund“ (místní nemocenský fond), instituce pro nemocenské 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** regionální oddělení „Zavod za zdravstvo zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění) příslušné pro místo bydliště;
- 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.
- c) Tento formulář platí od data uvedeného v položce 5 a pro dobu uvedenou v položce 6 v zakřížkovaném čtverečku.
- d) Vy nebo Vaši rodinní příslušníci musíte informovat instituci o každé změně okolností, která by mohla ovlivnit nárok na přiznání 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 všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁵) Zakřížkujte okénko, pokud je formulář určen instituci Irska nebo Spojeného království.
- (⁶) Pokud je formulář vydán německou, francouzskou, italskou nebo portugalskou institucí.
- (⁷) Pokud je formulář vydán řeckou, maďarskou či britskou institucí pro zaměstnané osoby nebo osoby samostatně výdělečně činné.
- (⁸) Pokud je tento formulář vydán jako obnovení dříve vydaného potvrzení, jehož platnost již skončila, nemusí instituce v místě bydliště vyplňovat část B.
- (⁹) Vyplňte buď oddíl 9 nebo 10 a zakřížkujte příslušné okénko.
-

POTVRZENÍ O ZACHOVÁNÍ NÁROKU NA JIŽ POSKYTOVANÉ
DÁVKY V NEMOCI NEBO MATEŘSTVÍ

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 22 odst. 1 písm. b) bod i); čl. 22 odst. 1 písm. c) bod i); čl. 22 odst. 3; článek 22a; článek 31
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 22 odst. 1 a 3; článek 23; čl. 31 odst. 1 a 3

Příslušná instituce nebo instituce v místě bydliště pojištěné osoby, důchodce nebo rodinného příslušníka vydá formulář pojištěné osobě, důchodci nebo rodinnému příslušníkovi. Pokud pojištěná osoba nebo důchodce odchází do Spojeného království, zašle se jedna kopie formuláře Ministerstvu práce a penzí: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Vyplněte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze 2 stran, z nichž žádnou nelze vypustit.

1.	☐ Pojištěná osoba	☐ Rodinný příslušník pojištěné osoby
	☐ Osoba samostatně výdělečně činná	☐ Rodinný příslušník osoby samostatně výdělečně činné
	☐ Důchodce (zaměstnaná osoba)	☐ Rodinný příslušník důchodce (zaměstnané osoby)
	☐ Důchodce (osoba samostatně výdělečně činná)	☐ Rodinný příslušník důchodce (osoby samostatně výdělečně činné)
1.1	Příjmení ⁽²⁾ :	
1.2	Jméno ⁽³⁾ :	Datum narození:
1.3	Předchozí příjmení:	
1.4	Adresa v příslušné zemi:	
1.5	Adresa v zemi, do níž dotyčná osoba odchází:	
1.6	Osobní identifikační číslo ⁽⁴⁾ :	
2.	Výše uvedená osoba je oprávněna zachovat si nárok na věcné dávky ☐ na základě zdravotního pojištění a pojištění v mateřství ☐ na základě pojištění nepracovních úrazů ⁽⁵⁾ v (země),	
2.1	☐ kde bude bydlet	
2.2	☐ kde se bude léčit v/od ⁽⁶⁾ nebo v jakémkoliv jiném zařízení podobného druhu v případě převozu, který je z lékařského hlediska nutný v rámci tohoto léčení.	
2.3	☐ kam zašle biologické vzorky k provedení testů, aniž by dotyčná osoba musela být přítomna.	
3.	Tyto dávky mohou být poskytnuty na základě předložení tohoto potvrzení, od do včetně.	
4.	Zpráva našeho ošetřujícího lékaře	
4.1	☐ je přiložena k tomuto formuláři v zalepené obálce	
4.2	☐ byla odeslána dne komu ⁽⁷⁾	
4.3	☐ bude odeslána na požádání	
4.4	☐ nebyla vyhotovena	
5.	Příslušná instituce	
5.1	Název:	
5.2	Kód instituce:	
5.3	Adresa:	
5.4	Razítko	5.5 Datum:
		5.6 Podpis:

Pokyny pro dotyčnou osobu

Tento formulář co možná nejdříve předejte instituci nemocenského pojištění a pojištění v mateřství v místě, kam odcházíte, tj.:

v **Belgii** „mutualité“ (místní fond nemocenského pojištění) Vaší volby;
 v **České republice** „Zdravotní pojišťovna“ Vaší volby;
 v **Dánsku** poskytovatel lékařské péče, obvykle praktický lékař, který vás doporučí ke specialistovi;
 v **Německu** „Krankenkasse“ (fond nemocenského pojištění) Vaší volby;
 v **Estonsku** „Eesti Haigekassa“ (fond zdravotního pojištění);
 v **Řecku** zpravidla oblastní nebo místní pobočka ústavu sociálního pojištění (IKA), která dané osobě vystaví „zdravotní knížku“, bez níž nelze věcné dávky poskytovat;
 ve **Španělsku** lékařské a nemocenské služby 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** zpravidla „Unità sanitaria locale“ (místní zdravotně správní jednotka) odpovědná pro danou oblast;
 na **Kypřu** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia;
 v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (agentura státního povinného sociálního pojištění);
 v **Litvě** „Territorial Patient Fund“ (místní nemocenský fond), instituce pro nemocenské pojištění a pojištění v mateřství;
 v **Lucembursku** „Caisse de maladie des ouvriers“ (nemocenský fond pro manuální pracovníky);
 v **Maďarsku** poskytovatel lékařské péče;
 na **Malte** národní instituce lékařských služeb (lékaři, zubní lékaři, nemocnice atd.) poskytující léčbu;
 v **Nizozemsku** jakýkoliv nemocenský fond příslušný pro místo bydliště, nebo v případě dočasného pobytu „Agis zorgverzekeringen“ (svaz všeobecného vzájemného nemocenského pojištění), Utrecht;
 v **Rakousku** „Gebietskrankenkasse“ (regionální fond nemocenského pojištění) příslušná pro místo bydliště či pobytu;
 v **Polsku** regionální pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (státní zdravotní fond) příslušná pro místo bydliště či pobytu;
 v **Portugalsku, pro metropolitní Portugalsko**: „Administração Regional de Saúde“ (místní zdravotní správa) příslušná pro místo bydliště či pobytu; pro **Madeiru**: „Centro de Saúde“ (zdravotní středisko) v místě pobytu; pro **Azory**: „Centro de Saúde“ (zdravotní středisko) v místě pobytu;
 ve **Slovinsku** regionální pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění) v místě bydliště či pobytu;
 na **Slovensku** „zdravotná poisťovňa“ dle výběru pojištěné osoby;
 ve **Finsku** místní pobočka „Kansaneläkelaitos“ (instituce sociálního pojištění). Formulář musí být předložen obecnímu zdravotnímu středisku nebo veřejné nemocnici, která poskytuje léčbu;
 ve **Švédsku** „försäkringskassan“ (místní úřad sociálního pojištění). Formulář musí být předložen instituci poskytující léčbu;
 ve **Spojeném království** lékařské služby (lékaři, zubní lékaři, nemocnice atd.) poskytující léčbu;
 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);
 ve **Švýcarsku** „Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG“ (společná instituce v rámci federálního zákona o nemocenském pojištění), Solothurn. Formulář musí být předložen lékaři nebo nemocnici, která poskytuje léčbu.

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 = Kypř; 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) Uvedte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uvedte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uvedte číslo pojištěné osoby, pokud rodinný příslušník nemá osobní identifikační číslo.
- (⁵) Vyplní francouzské instituce pro samostatně výdělečně činné zemědělské pracovníky.
- (⁶) Vyplní se, pokud je to možné.
- (⁷) Název a adresa instituce, již byla zaslána lékařská zpráva.

ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ PENĚŽITÝCH DÁVEK V PŘÍPADĚ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

*Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. b); čl. 22 odst. 1 písm. a) bod ii); čl. 25 odst. 1 písm. b); čl. 52 písm. b); čl. 55 odst. 1 písm. a bod ii)
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 18 odst. 2 a 3; článek 24; čl. 26 odst. 5 a 7; čl. 61 odst. 2 a 3; článek 64*

Pokud se formulář vyhotovuje pro pojištěnou osobu výdělečně činnou, vyplní se pouze jedna kopie, která se zašle instituci příslušné ve věci nemocenského pojištění a pojištění v mateřství či pojištění proti pracovním úrazům a nemocem z povolání. Jedná-li se však o nezaměstnanou osobu, vyhotoví se dvě dodatečné kopie, z nichž jedna se zašle instituci příslušné pro pojištění v nezaměstnanosti a druhá odpovídající instituci v zemi, do které nezaměstnaná osoba odešla za účelem hledání zaměstnání.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

1.	Příslušná instituce
1.1	Název:
1.2	Adresa:
1.3	Kód instituce:

2.	☐ Zaměstnaná osoba	☐ Osoba samostatně výdělečně činná	☐ Nezaměstnaná osoba
2.1	Příjmení ⁽²⁾ :	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):	
2.2	Jméno:	Datum narození:	
2.3	Osobní identifikační číslo:		
2.4	je držitelem formuláře E 119 vystaveného dne	⁽³⁾	
	a formuláře E 303 vystaveného dne	⁽³⁾	

3.	Zaměstnavatel ⁽⁴⁾
3.1	Název zaměstnavatele nebo podniku:
3.2	Adresa:

A. ☐ ⁽⁵⁾Žádost o poskytování dávek

4.	Osoba uvedená v oddílu 2 požádala dne (datum) o poskytování peněžitých dávek za		
	☐ nemocniční ošetřování od do (data) v nemocnici nebo ve středisku preventivní péče či v rehabilitačním centru ⁽⁶⁾		
	☐ pracovní neschopnost z důvodu		
4.1	☐ nemoci	☐ mateřství (předpokládaný den porodu:)	
	☐ pracovního úrazu	☐ úrazu ze dne (datum)	
	☐ nemoci z povolání	☐ adopce	☐ snížené náhrady v případě mateřství a adopce

5. Doklad ošetřujícího lékaře

☐ je přiložen

☐ nemohl být předložen

6. Dle stanoviska našeho vyšetřujícího lékaře,

☐ jehož zpráva je přiložena

☐ jehož zpráva vám bude zaslána co nejdříve

6.1 ☐ začala pracovní neschopnost dne
a pravděpodobně potrvá do

6.2 ☐ nejedná se o pracovní neschopnost⁽⁷⁾

7. ☐ Má se za to, že dotyčná osoba nesplňuje ustanovení našich právních předpisů, a to z těchto důvodů:

.....
.....

8. ☐ Pravděpodobnou příčinou pracovní neschopnosti je úraz, za který nese odpovědnost třetí strana.

8.1 ☐ Příčinou pracovní neschopnosti jsou jiné zvláštní okolnosti uvedené v přiložené dokumentaci.

8.2 ☐ Zpráva o úrazu, s uvedením adresy zúčastněné třetí strany, je přiložena k tomuto formuláři.

8.3 ☐ Další dokumentace týkající se příčiny pracovní neschopnosti je přiložena k tomuto formuláři.

9. ☐ Jsme ochotni poskytovat dotyčné osobě peněžité dávky Vaším jménem. Informujte nás prosím, zda s tím souhlasíte, a pokud ano, poskytněte nám všechny informace nezbytné pro vyplacení dávek.⁽⁸⁾

10. ☐ Nejsme ochotni poskytovat dotyčné osobě peněžité dávky Vaším jménem.

B. ☐ ⁽⁵⁾ Prodloužení pracovní neschopnosti

11. S odkazem na

11.1 ☐ náš formulář E 115 ze dne (datum)

11.2 ☐ Váš formulář E 117 ze dne (datum)

11.3 bychom Vás rádi informovali o tom, že dle stanoviska našeho vyšetřujícího lékaře,

☐ jehož zpráva je přiložena

☐ jehož zpráva vám bude zaslána co nejdříve,

zůstane osoba uvedená v oddílu 2 v pracovní neschopnosti pravděpodobně do včetně.

12. Instituce v místě bydliště či pobytu

12.1 Název:

12.2 Kód instituce:

12.3 Adresa:

12.4 Razítko

12.5 Datum:

12.6 Podpis:

Pokyny pro dotyčné osoby

V Itálii předložte tento formulář v případě nemoci nebo mateřství místnímu úřadu „Istituto nazionale della previdenza sociale“ (INPS – státní správa sociálního zabezpečení) a v případě pracovního úrazu nebo nemoci z povolání úřadu „Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro“ (INAIL).

V Nizozemsku, není-li příslušná zdravotní pojišťovna známa, zašlete formulář na tuto adresu: UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

Ve Slovinsku předložte tento formulář v případě peněžitých dávek vyplácených v mateřství příslušnému úřadu „Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke“ (středisko sociální práce Lublaň Bežigrad – ústřední jednotka zaměřená na ochranu rodičů a rodinné dávky) a v případě dávek vyplácených v pracovní neschopnosti příslušnému regionálnímu oddělení zdravotní pojišťovny „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (zdravotní pojišťovna Slovinska).

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) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Vyplňte pouze v případě, že se formulář týká nezaměstnané osoby.
- (⁴) V případě nezaměstnaných osob uveďte posledního zaměstnavatele.
- (⁵) Vyplňte buď část A nebo část B a zakřížkujte příslušné okénko.
- (⁶) Ohledně osob pojištěných u německého fondu zdravotního pojištění nebo u rakouské či belgické instituce: nezná-li instituce sociálního pojištění v místě bydliště v době vystavení tohoto formuláře přesné datum propuštění z nemocnice, je třeba tuto informaci doplnit později a pokud možno co nejdříve.
- (⁷) Přiložte kopii formuláře E 118 zaslaného dotyčné osobě.
- (⁸) V případě, že se tento formulář zasílá německé, italské, maďarské nebo polské instituci, nemusí být toto okénko zaškrtnuto.

**LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA TÝKAJÍCÍ SE PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI
(NEMOC, MATEŘSTVÍ, PRACOVNÍ ÚRAZ, NEMOC Z POVOLÁNÍ)**

*Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. b); čl. 22 odst. 1 písm. a) bod ii); odst. 1 písm. b) bod ii); odst. 1 písm. c) bod ii);
čl. 25 odst. 1 písm. b); čl. 52 písm. b); čl. 55 odst. 1 písm. a) bod ii); odst. 1 písm. b) bod ii) a odst. 1 písm. c) bod ii)
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 18 odst. 2 a 3; článek 24; čl. 26 odst. 5 a 7; čl. 61 odst. 2 a 3; článek 64; čl. 65 odst. 2 a 4*

*Tento formulář vyplní lékař instituce, která vyhotovuje formulář E 115, k němuž se tento formulář v případě nemoci nebo mateřství přiloží
a odešle v zalepené obálce (²).*

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

1.	Příslušná instituce, již je formulář určen	
1.1	Název:	
1.2	Kód instituce:	
1.3	Adresa:	
1.4	Odkaz: náš formulář E 116 ze dne (datum)	
2.	Příloha k formuláři E 115 ze dne (datum)	
3.	Dotyčná osoba	
3.1	Příjmení (³):	
3.2	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):	
3.3	Jméno:	Datum narození:
3.4	Adresa v zemi bydliště či pobytu:	
3.5	Osobní identifikační číslo:	
4.	Já, níže podepsaný, doktor medicíny, jsem provedl lékařskou prohlídku výše jmenované osoby dne	
4.1	a domnívám se, že se jedná o	
	☐ nemoc	☐ mateřství (očekávané datum porodu)
4.2	že se pravděpodobně jedná o	
	☐ pracovní úraz	☐ nemoc z povolání
	☐ recidivu nebo zhoršení stavu	☐ úraz

A. Celková zpráva

5.	Vyplňte ve všech případech
5.1	Anamnéza a nynější symptomy:
5.2	Klinické vyšetření:
5.3	Další pozorování:
5.4	Zvláštní vyšetření ⁽⁴⁾ :
5.5	Diagnóza:
5.6	Závěry:
5.7	☐ Dotyčná osoba nebyla shledána nezpůsobilou k práci
5.8	☐ Dotyčná osoba byla shledána nezpůsobilou k práci od do
5.9	☐ Dotyčná osoba byla shledána částečně nezpůsobilou k práci v rozsahu (..... %) od do ⁽⁵⁾
5.10	☐ Dotyčná osoba bude podrobena další lékařské prohlídce dne
5.11	☐ Dotyčná osoba by měla být způsobilá k práci od

B. Zprávy v případě pracovního úrazu

6.	První lékařská zpráva
6.1	Úrazem byla způsobena tato zranění ⁽⁶⁾ :
6.2	Tato zranění ☐ měla ☐ budou mít tyto následky ⁽⁷⁾
6.3	Pracovní neschopnost začala dne
6.4	Zraněná osoba je ošetřována ☐ doma ☐ v ordinaci lékaře ☐ v nemocnici ☐ jinde Adresa ⁽⁸⁾ :

7.	Poslední lékařská zpráva
7.1	Ošetřování bylo ukončeno dne:
7.2	Zranění byla stabilizována dne:
7.3	☐ bez pozdějších následků
7.4	☐ pravděpodobně s těmito následky:
7.5	Podrobný popis stavu zraněné osoby po uzdravení nebo po ukončení ošetřování:

8.	Instituce v místě bydliště či pobytu:
8.1	Název:
8.2	Kód instituce:
8.3	Adresa:
8.4	Razítko
8.5	Datum:
8.6	Podpis:

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. Uveďte druh vyšetření a datum.
- (²) Formulář E 116 není vyžadován pro žádosti o dávky v mateřství vyplácené v Belgii. V případě Belgie musí být tento formulář vždy odeslán nejprve belgické instituci příslušné ve věci nemocenského pojištění. V České republice, Lichtenštejnsku, ve Finsku, Norsku a Švédsku vyplní tento formulář lékař dotyčné osoby a ověří jej pojišťovací instituce.
- (³) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uveďte druh vyšetření a datum.
- (⁵) Pro účely norských institucí.
- (⁶) Uveďte druh a charakter zranění a zraněnou část těla: zlomenina paže, pohmožděnina hlavy, prstů, vnitřní zranění, asfyxie atd.
- (⁷) Uveďte jisté nebo pravděpodobné následky zjištěných zranění: smrt, trvalá nebo dočasná pracovní neschopnost, celková nebo částečná; v případě dočasné neschopnosti uveďte pravděpodobnou délku jejího trvání.
- (⁸) Pokud je zraněná osoba ošetřována v nemocnici, uveďte název nemocnice.

POSKYTOVÁNÍ PENĚŽITÝCH DÁVEK V MATEŘSTVÍ A PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. b); čl. 22 odst. 1 písm. a) bod ii); čl. 25 odst. 1 písm. b); čl. 52 písm. b); čl. 55 odst. 1 písm. a) bod ii)

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 18 odst. 6 a 8; článek 24; čl. 26 odst. 7; čl. 61 odst. 6 a 8; článek 64

Příslušná instituce vyplní tento formulář a zašle jej instituci v místě bydliště či pobytu. Příslušná instituce kromě toho informuje pracovníka o tom, zda mu peněžité dávky bude vyplácet instituce v místě bydliště.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze dvou stran.

1.	Instituce v místě bydliště či pobytu	
1.1	Název:	
1.2	Kód instituce:	
1.3	Adresa:	
2.	Odkaz: Váš formulář E 115 ze dne (datum)	
3.	☐ Zaměstnaná osoba ☐ Osoba samostatně výdělečně činná ☐ Nezaměstnaná osoba	
3.1	Příjmení (²):	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
3.2	Jméno:	Datum narození:
3.3	Adresa v zemi bydliště či pobytu:	
3.4	Osobní identifikační číslo:	
4.	Osoba uvedená v oddílu 3	
4.1	☐ má prozatímní nárok na peněžité dávky od do s možností prodloužení	
4.2	☐ nemá nárok na peněžité dávky Důvod: viz přiložený formulář E 118	
4.3	☐ nemá nárok na peněžité dávky již od (datum) Důvod: viz přiložený formulář E 118	
5.	Tyto dávky budou vypláceny (³)	
5.1	☐ námi	
5.2	☐ Vámi naším jménem (⁴)	
5.3	☐ zaměstnavatelem (⁵) od do (⁶)	
6.	(⁷) (⁸)	
6.1	Dávky by měly být vypláceny pro každý den v týdnu kromě těchto dnů: ☐ čtvrtek ☐ pondělí ☐ úterý ☐ středa	
6.2	Čistá výše této dávky na den je (⁹), pokud pojištěná osoba není hospitalizována (⁹), pokud pojištěná osoba je hospitalizována	
6.3	☐ Jsou-li dávky vypláceny měsíčně, vyplácují se na 30 dní bez ohledu na počet dní v měsíci.	

7. Informujte nás co nejdříve o výsledku

7.1 ☐ prohlídky⁽¹⁰⁾:

7.2 ☐ správních kontrol:

7.3 ☐ další lékařské prohlídky, která má být provedena přibližně dne(datum)

8. Příslušná instituce

8.1 Název:

8.2 Kód instituce:

8.3 Adresa:

.....

8.4 Razítko

8.5 Datum:

8.6 Podpis:

.....

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) Uvedte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.

(³) Není třeba vyplňovat v případě nezaměstnaných osob, pro které byl vystaven formulář E 119.

(⁴) Příslušná instituce zde může uvést způsob platby.

(⁵) V případě, že tento formulář je určen francouzské, polské, italské nebo maďarské instituci, nemusí být toto okénko zaškrtnuto.

(⁶) Vyplní dánské, německé, lucemburské, polské, maďarské nebo slovenské instituce.

(⁷) Vyplní německé, lucemburské, polské, slovenské a španělské instituce.

(⁸) Vyplňte pouze v případě uvedeném v bodu 5.2.

(⁹) Uvedte částku v národní měně.

(¹⁰) Uvedte druh požadované lékařské prohlídky (rentgenografie, rozbor ..., atd.).

OZNÁMENÍ O NEREGISTRACI NEBO O UKONČENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 19 odst. 1 písm. b); čl. 22 odst. 1 písm. a) bod ii), písm. b) bod ii) a c bod ii); čl. 25 odst. 1 písm. b); čl. 52 písm. b); čl. 55 odst. 1 písm. a) bod ii), písm. b bod ii) a písm. c) bod ii)

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 18 odst. 4 a 6; článek 24; čl. 26 odst. 5 a 7; čl. 61 odst. 4 a 6; článek 64

Pokud se tento formulář týká pojištěné osoby výdělečně činné, vyhotoví instituce v místě bydliště nebo pobytu (nebo příslušná instituce) dvě kopie formuláře, z nichž jedna se zašle dotyčné pojištěné osobě a druhá instituci nemocenského pojištění a pojištění v mateřství či instituci pro pojištění proti pracovním úrazům a nemocem z povolání příslušné země (v místě bydliště nebo pobytu). Pokud se tento formulář týká nezaměstnané osoby, je třeba vyhotovit kromě dvou zmiňovaných kopií (z nichž jedna je určena dotyčné nezaměstnané osobě) další dvě kopie, z nichž jedna kopie se zašle instituci příslušné pro pojištění v nezaměstnanosti a druhá kopie se zašle instituci v zemi, do které nezaměstnaná osoba odešla za účelem hledání zaměstnání.

Vyplněte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze dvou stran a třístránkové přílohy.

1.	Příjemce
1.1	Příjmení: Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
1.2	Jméno: Datum narození:
1.3	Adresa v zemi bydliště či pobytu:
1.4	Osobní identifikační číslo:

2.	☐ Příslušná instituce	☐ Instituce v místě bydliště či pobytu
2.1	Název:	
2.2	Kód instituce:	
2.3	Adresa:	

3. ☐ Skutečnosti, na které jsme byli upozorněni
- ☐ Lékařská prohlídka provedená naším lékařem dne (datum)
dokazuje
- 3.1 ☐ že Vaše pracovní neschopnost je pouze částečná
- 3.2 ☐ že máte nárok na částečné peněžité dávky ve výši (2)
od (datum)
- 3.3 ☐ že jste způsobilý/á k práci
- 3.4 ☐ že Vaše pracovní neschopnost skončila dne (3)
- 3.5 ☐ Poslední den, pro který obdržíte peněžité dávky, je
- 3.6 ☐ Příslušná instituce určí poslední den, pro který obdržíte peněžité dávky
- 3.7 ☐ Na dávky nemáte nárok, neboť

4.	☐ Instituce v místě bydliště či pobytu	☐ Příslušná instituce
4.1	Název:	
4.2	Kód instituce:	
4.3	Adresa:	
4.4	Razítko	4.5 Datum:
		4.6 Podpis:

Informace pro zaměstnané osoby, osoby samostatně výdělečně činné a nezaměstnané osoby

Pokud nesouhlasíte s rozhodnutím, které Vám je oznámeno prostřednictvím tohoto dokumentu, můžete se proti němu odvolat. Podrobné informace o opravných prostředcích a lhůtách pro jejich podání jsou uvedeny v příloze. Pokud jde o odvolací postupy a lhůty, řiďte se pokyny uvedenými pro příslušný stát.

POZNÁMKY

- (¹) Symbol země, v níž se nachází instituce vyplňující tento 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) Tuto informaci je třeba uvést pouze v případě, že formulář vyplňuje příslušná instituce. Uveďte, zda jsou dávky vypláceny denně, týdně nebo měsíčně.
- (³) Uveďte poslední den pracovní neschopnosti.
-

OPRAVNÉ PROSTŘEDKY A LHŮTY PRO JEJICH PODÁNÍ

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 18 odst. 4; čl. 61 odst. 4

1. Belgie

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, máte právo podat písemné odvolání, které, datované a podepsané, musíte podat nebo doporučeně zaslat do kanceláře úředníka příslušného pracovního soudu ve lhůtě tří měsíců ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí.

Příslušné pracovní soudy jsou:

- (a) pokud bydlíte v Belgii: pracovní soud příslušný pro okres, ve kterém máte bydliště;
- (b) pokud nebydlíte nebo již nebydlíte v Belgii: pracovní soud příslušný pro okres, ve kterém jste měl/a v Belgii poslední bydliště;
- (c) pokud jste nebydlel/a v Belgii: pracovní soud příslušný pro okres, ve kterém jste byl/a v Belgii naposledy zaměstnán/a.

2. Česká republika

Pokud s přiloženým oznámením nesouhlasíte, máte právo podat odvolání k příslušné instituci České republiky uvedené v oddílu 2 nebo 4 tohoto formuláře ve lhůtě tří dnů ode dne doručení tohoto oznámení. Způsob odvolání a odvolací lhůta jsou uvedeny v rozhodnutí.

3. Dánsko

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete ve lhůtě čtyř týdnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí, podat odvolání k dánskému úřadu „Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget“ (úřad pro odvolání v sociálních věcech, výbor pro denní peněžité dávky), Amaliegade 25, PO. Box 3061, 1021 Kodaň K.

4. Německo

Tato úřední listina nabude právní moci, pokud ve lhůtě tří měsíců od oznámení nepodáte odvolání. Odvolání se podávají písemně ve lhůtě tří měsíců k této instituci:

Název:
 Adresa:

5. Estonsko

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete ve lhůtě 30 dnů podat odvolání k úřadu „Eesti Haigekassa“, Lembitu 10, Tallinn 10114.

6. Řecko

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, můžete ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a přiložené rozhodnutí, podat odvolání k:

Název:
 Adresa:

7. Španělsko

Ve lhůtě 30 pracovních dnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o přiloženém rozhodnutí, můžete proti rozhodnutí podat odvolání k této instituci:

Název:
 Adresa:

8. Francie

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí, podat odvolání k vrchnímu lékaři níže uvedeného fondu nemocenského pojištění:

Název:
 Adresa:

9. Irsko

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, můžete předložit žádost u odvolacího úřadu pro sociální péči: Social Welfare Appeals Office, D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Tuto žádost je třeba předložit ve lhůtě 21 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a toto rozhodnutí.

10. Itálie**Rozhodnutí INPS (nemoc a mateřství)**

Pojištěná osoba může rozhodnutí INPS napadnout podáním správního odvolání k příslušnému provinčnímu výboru ve lhůtě 90 dnů ode dne, kdy obdržela oznámení o příslušném rozhodnutí.

Kromě toho může dotyčná osoba zahájit soudní řízení ve lhůtě jednoho roku ode dne, kdy jí bylo oznámeno rozhodnutí výboru, nebo po uplynutí 90 dnů od podání odvolání v případě, že výbor nevydal žádné rozhodnutí.

Rozhodnutí INAIL (pracovní úrazy a nemoci z povolání)

Pojištěná osoba, která chce napadnout rozhodnutí INAIL, může ve lhůtě 60 dnů ode dne obdržení oznámení doporučeným dopisem s doručenkou nebo s oznámením o přijetí informovat INAIL o důvodech, proč se domnívá, že rozhodnutí je neoprávněné; v případě trvalé pracovní neschopnosti uvede pojištěná osoba výši dávek, kterou pro sebe považuje za přiměřenou, a ve všech případech k odvolacímu dopisu přiloží potvrzení od lékaře, kterým bude její požadavek podpořen.

Pokud dotyčná osoba neobdrží odpověď ve lhůtě 60 dnů ode dne potvrzení doručky nebo oznámení o přijetí nebo pokud je s touto odpovědí nespokojena, může na INAIL podat soudní žalobu.

Dopis se zdůvodněním, proč pojištěná osoba s rozhodnutím INAIL nesouhlasí, lze INAIL zaslat buď přímo nebo prostřednictvím instituce v místě bydliště nebo pobytu.

11. Kypr

Jestliže nejste spokojeni s připojeným rozhodnutím, můžete do patnácti dnů od oznámení tohoto rozhodnutí podat opravný prostředek k ministru práce a sociálního zabezpečení. Jestliže nejste s rozhodnutím ministra spokojeni, můžete podat opravný prostředek k nejvyššímu soudu do 75 dnů od oznámení tohoto rozhodnutí.

12. Lotyšsko

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, můžete ve lhůtě jednoho měsíce ode dne, kdy jste obdržel/a přiložené rozhodnutí, podat odvolání k:

Název:

Adresa:

.....

.....

13. Litva

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete ve lhůtě jednoho měsíce ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o tomto rozhodnutí, podat odvolání k výboru pro správní spory.

14. Lucembursko

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, máte právo podat odvolání k výboru „Conseil arbitral des assurances sociales“ ve lhůtě 40 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí.

15. Maďarsko

Pokud s přiloženým oznámením nesouhlasíte, můžete požádat o rozhodnutí příslušné maďarské instituce (oddíl 2 nebo 4 formuláře E 118). Proti rozhodnutí příslušné instituce se lze odvolat ve lhůtě 15 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí.

16. Malta

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete ve lhůtě 30 dnů od data rozhodnutí podat odvolání k Ministerstvu sociálního zabezpečení (Department of Social Security), Valletta.

17. Nizozemsko

Pokud s přiloženým oznámením nesouhlasíte, můžete požádat příslušnou nizozemskou instituci uvedenou v oddílu 2 nebo 4 formuláře E 118, aby v přiměřené době vydala rozhodnutí, proti němuž je možné podat odvolání. Způsob odvolání a odvolací lhůta budou uvedeny v rozhodnutí.

18. Rakousko

Pokud nesouhlasíte s přiloženými informacemi (formulář E 118), můžete požádat příslušnou rakouskou instituci uvedenou v oddílu 2 nebo 4 formuláře E 118, aby vydala rozhodnutí, které bude obsahovat pokyny o přípustných opravných prostředcích.

19. Polsko

Pokud nejste s přiloženým rozhodnutím spokojen/a, máte právo požádat o rozhodnutí instituci sociálního pojištění (Zakład Ubezpieczeń Społecznych — ZUS) příslušnou pro místo sídla zaměstnavatele nebo – v případě zemědělců – regionální pobočku fondu sociálního pojištění pro zemědělství (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego — KRUS). Tato pobočka vám vydá rozhodnutí o způsobilosti k pobírání dávek a poskytne vám informace o možnostech odvolání proti rozhodnutí.

20. Portugalsko

Pokud s tímto rozhodnutím nesouhlasíte, můžete,

- v případě, že nebyla uznána pracovní neschopnost, podat odvolání k regionálnímu správnímu výboru pro zdraví (Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde) ve lhůtě osmi dnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí, nebo
- v případě, že žádost o poskytování peněžitých dávek byla zamítnuta z administrativních důvodů, podat odvolání k místně příslušnému správnímu tribunálu (Tribunal Administrativo de Circulo) ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí. Pokud nebydlíte v Portugalsku, činí lhůta čtyři měsíce ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí.

21. Slovinsko

Pokud nesouhlasíte s rozhodnutím, můžete ve lhůtě 30 dnů od obdržení rozhodnutí podat žalobu u pracovního a sociálního soudu v Lublani, Komenskega 7.

22. Slovensko

Pokud s uvedenými informacemi nesouhlasíte a pokud ve vašem případě dosud nebylo vydáno žádné rozhodnutí, můžete požádat příslušnou pobočku sociální pojišťovny, aby takové rozhodnutí vydala. Odvolat se můžete k ústředí sociální pojišťovny ve lhůtě 15 dnů ode dne doručení rozhodnutí vydaného místní pobočkou. Rozhodnutí ústředí sociální pojišťovny ve věci dávek je konečné, ve lhůtě dvou měsíců po jeho doručení však proti rozhodnutí můžete podat odvolání k příslušnému regionálnímu soudu.

Ve věcech jiných než dávky můžete zažádat o opravné prostředky proti rozhodnutí ústředí Sociální pojišťovny ve lhůtě 30 dnů po jeho doručení u příslušného regionálního soudu. Adresa ústředí sociální pojišťovny je: Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finsko

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o přiloženém rozhodnutí, podat odvolání buď k finské pojišťovací instituci uvedené v oddílu 2 nebo 4 formuláře E 118, nebo k pojišťovací instituci, která se nachází nejbližší Vašemu místu bydliště a která je rovněž uvedena v jednom z výše uvedených oddílů.

24. Švédsko

Ve lhůtě dvou měsíců od doručení rozhodnutí můžete podat odvolání k příslušné švédské instituci uvedené v oddílu 2 nebo 4 formuláře E 118. Ve svém odvolání zdůvodněte, proč se domníváte, že rozhodnutí je neoprávněné.

25. Spojené království

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, můžete ve lhůtě 28 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a rozhodnutí, podat odvolání k úřadu Pension Service, International pension Centre, Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne nebo případně k úřadu Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch, Belfast.

26. Island

Chcete-li přiložené rozhodnutí napadnout, můžete podat odvolání ke státnímu úřadu sociálního zabezpečení v Reykjavíku.

27. Lichtenštejnsko

(a) V případě nemocenského pojištění: pokud s rozhodnutím fondu nemocenského pojištění nesouhlasíte, můžete požádat o úřední rozhodnutí, které musí obsahovat odůvodnění a poučení o opravných prostředcích.

Ve lhůtě 60 dnů od obdržení tohoto úředního rozhodnutí mohou dotyčné osoby podat u příslušného soudu soudní žalobu.

(b) V případě úrazového pojištění: pokud s rozhodnutím úrazové pojišťovny nesouhlasíte, můžete ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy jste obdržel/a toto rozhodnutí, příslušnou úrazovou pojišťovnu požádat o přezkoumání tohoto rozhodnutí.

Pokud s rozhodnutím úrazové pojišťovny nesouhlasíte, můžete také ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy jste obdržel/a toto rozhodnutí, podat u příslušného soudu soudní žalobu. Toto platí rovněž pro rozhodnutí úrazových pojišťoven ohledně výše uvedené žádosti o přezkoumání rozhodnutí.

28. Norsko

Odvolání proti norskému rozhodnutí musíte zaslat instituci uvedené v oddílu 2 nebo 4 formuláře E 118 ve lhůtě šesti týdnů ode dne, kdy jste obdržel/a oznámení o rozhodnutí.

29. Švýcarsko

Pokud s přiloženým rozhodnutím nesouhlasíte, můžete se u instituce odvolat ve lhůtě 30 dnů ode dne, kdy jste obdržel/a rozhodnutí. Rozhodnutí o odvolání bude obsahovat poučení o opravných prostředcích a lhůtách pro jejich podání.

POTVRZENÍ O NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY PRO ŽADATELE O DŮCHOD A JEJICH RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 26 odst. 1

Nařízení (EHS) č. 574/72: článek 28

Příslušná instituce vyplní část A tohoto formuláře a dvě kopie vystaví dotyčné osobě, která je předá instituci v místě svého bydliště. Instituce v místě bydliště po přijetí kopii vyplní část B a jednu z kopií zašle instituci uvedené v oddílu 6. Obě kopie se případně nejprve zašlou instituci, která má vyplnit oddíly 5 a 6.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

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.	Žadatel o důchod
2.1	Příjmení ⁽³⁾ : Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
2.2	Jméno: Datum narození:
2.3	Adresa v zemi bydliště:
2.4	Osobní identifikační číslo:

3.	Vyplní instituce, již byla předložena žádost o důchod
3.1	Výše uvedený žadatel podal dne žádost o důchod z důvodu ☐ věku ☐ invalidity ☐ pozůstalosti ☐ pracovního úrazu ☐ nemoci z povolání
3.2	☐ Prošetření této žádosti ukázalo, že příslušná osoba má u nás nárok na důchod.

4.	Instituce, která vyplnila oddíl 3
4.1	Název:
4.2	Kód instituce:
4.3	Adresa:
4.4	Razítko
4.5	Datum:
4.6	Podpis:

5.	Vyplní instituce, již byla předložena žádost o důchod, nebo instituce zdravotního pojištění a pojištění v mateřství v zemi, v níž byla žádost předložena		
5.1	Kód prošetřující instituce:		
5.2	Žadatel uvedený v oddílu 2 a jeho rodinní příslušníci mají nárok na věcné dávky v nemoci a mateřství		
5.3	☐ od dokud nebude toto potvrzení zrušeno		
5.4	☐ po dobu jednoho roku počínaje (datum)		

6.	Instituce, která vyplnila oddíl 5		
6.1	Název:		
6.2	Kód instituce:		
6.3	Adresa:		
6.4	Razítko	6.5	Datum:
		6.6	Podpis:

B. Oznámení o registraci nebo neregistraci

7.	☐ ⁽⁴⁾
7.1	Žadatel uvedený v oddílu 2 a jeho rodinní příslušníci nemohli být zaregistrováni, protože

8.	☐ ⁽⁴⁾
8.1	Žadatel uvedený v oddílu 2 a jeho rodinní příslušníci byli zaregistrováni dne (datum)

9.	Zaregistrovaní rodinní příslušníci				
9.1	Příjmení ⁽³⁾	Jméno	Pohlaví Ž M	Datum narození	Osobní identifikační číslo
9.2			☐ ☐		
9.3			☐ ☐		
9.4			☐ ☐		
9.5			☐ ☐		
9.6			☐ ☐		
9.7			☐ ☐		
9.8			☐ ☐		

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 poskytuje Vám a Vaším rodinným příslušníkům nárok na pobírání věcných dávek v případě nemoci nebo mateřství v zemi bydliště.
- (b) Odevzdejte co nejdříve dvě kopie tohoto potvrzení jedné z těchto pojišťovacích institucí:
- v **Belgii** „mutualité“ (místní fond nemocenského pojištění) Vaší volby;
 - v **České republice** „Zdravotní pojišťovna“ v místě bydliště;
 - na **Kypřu** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia. Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez kterého nemohou vládní lékařské instituce poskytovat žádné věcné dávky;
 - v **Dánsku** městský úřad v místě bydliště;
 - v **Německu** „Krankenkasse“ (fond nemocenského pojištění) v místě bydliště;
 - v **Řecku** zpravidla regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA), která dotyčné osobě vystaví „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 či pobytu. Pokud potřebujete dávky, můžete se obrátit na lékařské služby a nemocnice zdravotního systému španělského sociálního zabezpečení. Musíte odevzdat formulář spolu s fotokopii;
 - v **Estonsku** „Eesti Haigekassa“ (fond zdravotního pojištění);
 - ve **Francii** „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (místní fond nemocenského pojištění);
 - v **Irsku** „Health Board“ (výbor pro zdraví), v jehož oblasti je nárok na dávku uplatňován;
 - v **Itálii** „Unità sanitaria locale“ (místní zdravotně správní jednotka) odpovědná pro danou oblast;
 - v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (agentura státního povinného sociálního pojištění);
 - v **Litvě** „Teritorinė ligonių kasa“ (místní nemocenský fond). Pomoc od lékařských služeb lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí;
 - v **Lucembursku** „Caisse de maladie des ouvriers“ (nemocenský fond pro manuální pracovníky);
 - v **Maďarsku** příslušná pobočka „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (regionální fond nemocenského pojištění);
 - na **Maltě** Ministerstvo zdravotnictví, Valetta;
 - 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** příslušná regionální pobočka „Zavod za zdravstvo zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění) v místě bydliště;
 - na **Slovensku** „zdravotná poisťovňa“ dle výběru pojištěné osoby;
 - ve **Finsku** místní pobočka „Kansaneläkelaitos“ (instituce sociálního pojištění);
 - ve **Švédsku** „försäkringskassan“ (úřad sociálního pojištění) v místě bydliště. Pomoc od lékařských služeb (nemocnice, lékaři, zubní lékaři atd.) lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí;
 - 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 - Istituto comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG“ (společná instituce v rámci federálního zákona o nemocenském pojištění), Solothurn.
- (c) Pojišťovací instituci, které odevzdáváte formulář, musíte informovat o jakékoliv změně okolností, která by mohla ovlivnit nárok na věcné dávky, jako je přiznání požadovaného důchodu nebo změna Vašeho místa bydliště či pobytu nebo změna místa 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 = Kypř; 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, že formulář je vystaven na žádost instituce v místě bydliště. Má-li žadatel o důchod bydliště ve Spojeném království, měly by být obě kopie formuláře zaslány přímo na Ministerstvo práce a penzí: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (³) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Vyplňte buď oddíl 7 nebo 8 a zakřížkujte příslušné okénko.

POTVRZENÍ PRO REGISTRACI DŮCHODCŮ A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ
A AKTUALIZACI SEZNAMŮ

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 28 odst. 1 písm. a); čl. 29 odst. 1 písm. a)
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 29 odst. 1, 2 a 3; čl. 30 odst. 1; čl. 95 odst. 4

Instituce, která musí v souladu s čl. 29 odst. 2 nebo čl. 30 odst. 1 nařízení 574/72 toto potvrzení vyhotovit, vyplní část A tohoto formuláře a dvě kopie vydá důchodci nebo rodinnému příslušníkovi nebo je zašle instituci v místě bydliště, pokud si jej tato instituce vyžádala. Obě kopie se případně nejprve zašlou instituci, která má vyplnit oddíly 6 a 7. Po přijetí těchto dvou kopií vyplní instituce v místě bydliště část B tohoto formuláře a jednu kopii zašle instituci uvedené v oddílu 7.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze čtyř stran.

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.	Důchodce	
2.1	Příjmení ⁽³⁾ :	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
2.2	Jméno:	Datum narození:
2.3	Adresa v zemi bydliště:	
2.4	Datum změny bydliště:	
2.5	Osobní identifikační číslo:	
2.6	Důchodce byl ☐ zaměstnanou osobou ☐ osobou samostatně výdělečně činnou ☐ přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným) ☐ přeshraničním pracovníkem (samostatně výdělečně činným) ☐ nezaměstnaným pracovníkem	

3.	Vyplní instituce odpovědná za vyplácení důchodu	
3.1	Výše uvedená osoba má nárok na důchod z důvodu ☐ věku ☐ invalidity ☐ pracovního úrazu ☐ nemoci z povolání ☐ pozůstalosti	
3.2	od:	

4.	Instituce, která vyplnila oddíl 3 ⁽⁴⁾	
4.1	Název:	
4.2	Kód instituce:	
4.3	Adresa:	
4.4	Razítko	4.5. Datum: 4.6. Podpis:

5.	Rodinný příslušník důchodce	
5.1	Příjmení ⁽³⁾ :	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
5.2	Jméno:	Datum narození:
5.3	Adresa v zemi bydliště:	
5.4	Osobní identifikační číslo:	
5.5	Datum změny bydliště:	

6.	Vyplní instituce odpovědná za vyplácení důchodu nebo instituce zdravotního pojištění a pojištění v mateřství v zemi odpovědné za vyplácení důchodu ⁽⁵⁾	
6.1	Kód prošetřující instituce:	
6.2	☐ Osoba uvedená v oddílu 2 ☐ Osoba uvedená v oddílu 5 má nárok na věcné dávky v nemoci a mateřství ode dne	
6.3	Náklady na dávky, které budou dané osobě poskytovány v zemi jejího bydliště – pokud nemá bydliště v příslušné zemi – ponese me my.	
6.4	☐ od dokud nebude toto potvrzení zrušeno	
6.5	☐ jeden rok od ⁽⁶⁾	
6.6	☐ Vydáním tohoto potvrzení se formulář E ze dne stává neplatným.	

7. ☐ Vraťte prosím Evropský průkaz zdravotního pojištění rodinného příslušníka uvedeného v oddílu 3 s číslem a platným do

8.	Instituce, která vyplnila oddíl 6 ⁽⁴⁾	
8.1	Název:	
8.2	Kód instituce:	
8.3	Adresa:	
8.4	Razítko	8.5. Datum:
		8.6. Podpis:

B. Oznámení o registraci nebo neregistraci

9.	☐ ⁽⁷⁾
9.1	☐ Osoba uvedená v oddílu 2 ☐ Osoba uvedená v oddílu 5 nemohla být zaregistrována
9.2	☐ neboť podle právních předpisů naší země již má nárok na věcné dávky
9.3	☐ Jiné důvody:

10.	☐ (?)
10.1	☐ Osoba uvedená v oddílu 2 ☐ Osoba uvedená v oddílu 5 byla zaregistrována
10.2	☐ Náklady na tyto dávky ponese Vy; datum, od kterého se vypočítává paušální částka podle článku 95 nařízení (EHS) č. 574/72, je

11.	Evropský průkaz zdravotního pojištění
11.1	☐ Přikládáme Evropský průkaz zdravotního pojištění s číslem požadovaný v oddílu 7.
11.2	☐ Uvedte prosím opatření aplikovaná v souvislosti s Evropským průkazem zdravotního pojištění s číslem a platným do, který byl vydán rodinnému příslušníkovi uvedenému v oddílu 2 nebo 5.

12.	Instituce v místě bydliště důchodce nebo rodinného příslušníka		
12.1	Název		
12.2	Kód instituce:		
12.3	Adresa:		
12.4	Razítko	12.5.	Datum:
		12.6.	Podpis:

Informace pro důchodce nebo rodinného příslušníka

Dvě kopie tohoto formuláře odešlete co nejdříve této pojišťovací instituci:

v **Belgii** „mutualité“ (místní fond nemocenského pojištění) Vaší volby;

v **České republice** „Zdravotní pojišťovna“ v místě bydliště;

na **Kypřu** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia. Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez kterého nemohou vládní lékařské instituce poskytovat žádné věcné dávky;

v **Dánsku** městský úřad v místě bydliště;

v **Německu** „Krankenkasse“ (nemocenská pokladna) v místě bydliště;

v **Řecku** zpravidla regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA), která dotyčné osobě vystaví „zdravotní knížku“, bez níž nemohou být věcné dávky poskytovány;

ve **Španělsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (oblastní ředitelství národní instituce sociálního zabezpečení) v místě bydliště;

v **Estonsku** „Eesti Haigekassa“ (fond zdravotního pojištění);

ve **Francii** „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (místní fond nemocenského pojištění);

v **Irsku** „Health Board“ (výbor pro zdraví), v jehož oblasti je nárok na dávku uplatňován;

v **Itálii** „Unità sanitaria locale“ (místní zdravotně správní jednotka) odpovědná pro danou oblast;

v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (agentura státního povinného sociálního pojištění);

v **Litvě** „Teritorinė ligonių kasa“ (místní nemocenský fond);

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** Ministerstvo zdravotnictví, 23 St. John Street, Valetta;

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** příslušná regionální pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění) v místě bydliště;

na **Slovensku** „zdravotná poisťovňa“ dle výběru pojištěné osoby;

ve **Finsku** místní pobočka „Kansaneläkelaitos“ (instituce sociálního pojištění);

ve **Švédsku** „försäkringskassan“ (úřad sociálního pojištění) v místě bydliště;

na Islandu „Tryggingastofnun rikisins“ (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.

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, že formulář je vystaven na žádost instituce v místě bydliště. Má-li důchodce nebo rodinný příslušník bydliště ve Spojeném království, měly by být obě kopie formuláře zaslány přímo Ministerstvu práce a penzí: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (³) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (⁴) V Maďarsku musí tento oddíl vyplnit instituce nemocenského pojištění a pojištění v mateřství.
- (⁵) V Itálii by oddíly 6 a 7 měla vyplnit ASL nebo Ministerstvo zdravotnictví.
- (⁶) Vyplňte v případě, že formulář je vystaven německou, francouzskou, maďarskou, italskou nebo portugalskou institucí a týká se rodinného příslušníka.
- (⁷) Vyplňte buď oddíl 8 nebo 9 a zakřížkujte příslušné okénko.

POTVRZENÍ O NÁROKU NA VĚCNÉ DÁVKY NA ZÁKLADĚ POJIŠTĚNÍ
PROTI PRACOVNÍM ÚRAZŮM A PROTI NEMOCEM Z POVOLÁNÍ

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 52 písm. a); čl. 55 odst. 1 písm. a) bod i); písm. b) bod i) a písm. c bod i)

Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 60 odst. 1; čl. 62 odst. 4 a 6; čl. 63 odst. 1 a 3

Pokud byl formulář vyžádán institucí v místě bydliště či pobytu dotyčné osoby prostřednictvím formuláře E 107, zašlete jej této instituci, jinak ho vydejte pojištěné osobě.

Vyplněte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

1.	Instituce v místě bydliště či pobytu ⁽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	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
2.3	Jméno: Datum narození:
2.4	Osobní identifikační číslo:
2.5	Pojištěná osoba je ☐ zaměstnanou osobou ☐ osobou samostatně výdělečně činnou ☐ přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným) ☐ přeshraničním pracovníkem (samostatně výdělečně činným) ☐ nezaměstnaným pracovníkem

3.	Na základě
3.1	☐ informací poskytnutých ve Vašem formuláři E 107 ze dne
3.2	☐ pracovního úrazu ze dne který měl tyto následky:
3.3	☐ nemoci z povolání zjištěné dne která měla tyto následky:
3.4	☐ oprávnění, které jsme přiznali dotyčné osobě k tomu, aby si udržela nárok na věcné dávky v (země), kde ☐ bude bydlet ☐ bude léčena

4.	Výše uvedená osoba může přijímat věcné dávky
	☐ z důvodu pracovního úrazu ☐ z důvodu nemoci z povolání
4.1	☐ po období uvedené v ustanoveních právních předpisů země jejího bydliště
4.2	☐ od ☐ do
4.3	☐ na dobu nejvýše tří měsíců
4.4	☐ na neomezenou dobu

5.	Zpráva našeho ošetřujícího lékaře
5.1	☐ je přiložena v zalepené obálce
5.2	☐ byla odeslána komu ⁽⁴⁾
5.3	☐ je u nás k dispozici na požádání
5.4	☐ nebyla vyhotovena

6.	Příslušná instituce
6.1	Název:
6.2	Kód instituce:
6.3	Adresa:
6.4	Razítko
6.5	Datum:
6.6	Podpis:

Informace pro pojištěnou osobu

Toto potvrzení odevzdejte co nejdříve pojišťovací instituci v zemi, do níž jste odešli, tj.:

v Belgii,

(a) v případě věcných dávek poskytovaných z důvodu nemoci nebo úrazu v soukromém životě: „mutualité“ (místní fond nemocenského pojištění) Vaší volby;

(b) v případě věcných dávek poskytovaných z důvodu nemoci z povolání: „le Fonds des maladies professionnelles“ (fond pro nemoci z povolání), 1210 Brusel;

v České republice příslušná „Zdravotní pojišťovna“;

na Kypru „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia. Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez kterého nemohou vládní lékařské instituce poskytovat žádné věcné dávky;

v Dánsku lze pomoc od lékaře nebo zubního lékaře vyhledat navázáním spojení s praktickým nebo zubním lékařem veřejné zdravotnické péče. Osoby, které potřebují pohotovostní ošetření, mohou přímo vyhledat veřejnou nemocnici;

v Německu instituce úrazového pojištění příslušná pro místo bydliště či pobytu;

v Řecku zpravidla regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA), která dotyčné osobě vystaví „zdravotní knížku“, bez níž nemohou být věcné dávky poskytovány;

ve Španělsku lékařské a nemocenské služby zdravotního systému španělského sociálního zabezpečení. Musíte odevzdat formulář spolu s fotokopii;

v Estonsku „Eesti Haigekassa“ (fond zdravotního pojištění);

ve Francii „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (místní fond nemocenského pojištění);

v Irsku „Health Board“ (výbor pro zdraví), v jehož oblasti je nárok na dávku uplatňován;

v Itálii,

(a) v případě věcných dávek: „ASL“ (místní zdravotně správní jednotka) příslušná pro danou oblast; pro námořníky a členy posádek civilních letadel: Ministerstvo zdravotnictví (zdravotní úřad námořnictva nebo letectva příslušný pro danou oblast);

(b) pro protetika, hlavní zařízení, zákonné lékařské dávky a lékařské prohlídky a potvrzení: provinční úřad „Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro“ (INAIL, národní institut pro pojištění proti pracovním úrazům);

v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (agentura státního povinného sociálního pojištění);

v **Litvě** „Teritorinė ligonių kasa“ (místní nemocenský fond). Pomoc od lékařských služeb lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí;

v **Lucembursku** „Association d'assurance contre les accidents“ (úrazová pojišťovna);

v **Maďarsku** příslušný úřad „Megyei Egészségbiztosítási Pénztár“ (regionální fond nemocenského pojištění);

na **Maltě** „Entitlement Unit“, 23 St. John Street, Valletta, CMR02;

v **Nizozemsku** jakýkoliv nemocenský fond příslušný pro místo bydliště nebo v případě dočasného pobytu „Agis zorgverzekeringen“ (svaz všeobecného vzájemného nemocenského pojištění), Utrecht. Pomoc od lékaře, zubního lékaře nebo lékárníka lze vyhledat bez předchozího navázání spojení s „Agis zorgverzekeringen“;

v **Rakousku** „Gebietskrankenkasse“ (regionální fond nemocenského pojištění) příslušná pro místo bydliště či pobytu nebo „Allgemeine Unfallversicherungsanstalt“ (všeobecná instituce úrazového pojištění), Vídeň;

v **Polsku** regionální pobočka „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (státní zdravotní fond) příslušná pro místo pobytu;

v **Portugalsku** „Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais“ (státní výbor pro ochranu proti pracovním rizikům), Lisabon;

ve **Slovinsku** příslušná regionální pobočka „Zavod za zdravstvo zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění) v místě bydliště či pobytu;

na **Slovensku** „zdravotná poisťovňa“ podle výběru pojištěné osoby;

ve **Finsku** „Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto“ (federace institucí úrazového pojištění);

ve **Švédsku** „försäkringskassan“ (úřad sociálního pojištění). Pomoc od lékařských služeb (nemocnice, lékaři, zubní lékaři atd.) lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí;

ve **Spojeném království** lékařské služby (lékaři, zubní lékaři, nemocnice atd.), od nichž je vyžadována lékařská péče;

na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní institut sociálního zabezpečení), Reykjavík;

v **Lichtenštejnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (úřad národního hospodářství);

v **Norsku** „lokale trygdekontor“ (místní pojišťovací úřad). Pomoc lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí;

ve **Švýcarsku** „Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio“ (švýcarský národní fond úrazového pojištění), Lucern. Pomoc od lékařských služeb (nemocnice, lékaři, lékárníci) lze vyhledat bez předchozího navázání spojení se zmíněnou institucí.

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, že formulář je vystaven na žádost instituce v místě bydliště či pobytu pojištěné osoby. Pokud pojištěná osoba jede do Spojeného království, měla by být jedna kopie formuláře zaslána Ministerstvu práce a penzí: Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

(³) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.

(⁴) Název a adresa instituce, již byla zaslána lékařská zpráva.

ŽÁDOST O POHŘEBNÉ

Nařízení (EHS) č. 1408/71: článek 65
Nařízení (EHS) č. 574/72: článek 78

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

1.	Já, níže podepsaný/á:	
1.1	Příjmení ⁽²⁾	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
1.2	Jméno:	Datum narození:
1.3	Osobní identifikační číslo:	
1.4	Instituce, u níž jsem pojištěn/a ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ :	
1.5	Příbuzenský vztah se zesnulou osobou:	
1.6	Adresa:	

2. tímto žádám o udělení pohřebného z důvodu úmrtí této osoby⁽⁵⁾

3.		
3.1	Příjmení:	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
3.2	Jméno:	Datum narození:
3.3	Osobní identifikační číslo:	
3.4	Datum úmrtí:	
3.5	Příčina úmrtí:	
	☐ nemoc	☐ úraz
	☐ nemoc z povolání	☐ jednání třetí osoby
3.6	Instituce, u níž byla zesnulá osoba pojištěna ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ :	

4. Žadatel ☐ byl ☐ nebyl závislý na zesnulé osobě
5. Zesnulá osoba ☐ byla ☐ nebyla na mně závislá
6. Zesnulá osoba ☐ byla ☐ nebyla za úplatu ubytována
- ☐ žadatelem
- ☐ v podniku, jehož byl žadatel ředitelem, pracovníkem nebo nájemníkem⁽⁶⁾
7. Žadatel ☐ je ☐ není majitelem pohřebního ústavu ani agentem nebo zástupcem takového podniku⁽⁶⁾⁽⁷⁾
- Žadatel ☐ je ☐ není právnickou osobou podle soukromého práva, která na základě pojistné smlouvy uhradila některé nebo všechny náklady⁽⁶⁾
8. Pohřební náklady činily⁽⁸⁾ ; a byly uhrazeny (kým)
9. K formuláři jsou přiloženy tyto doklady:

10. Dlužnou částku prosím převedte na můj účet č. IBAN
vedený u (BIC / SWIFT kód)
v⁽⁹⁾
11. Datum:
11.1 Podpis:

Pokyny pro žadatele

- (a) *K tomu, abyste obdržel/a pohřebné, musíte předložit prostřednictvím tohoto formuláře žádost*

- *buď příslušné pojišťovací instituci*
- *nebo pojišťovací instituci v místě Vašeho bydliště, tj.:*
 - v **Belgii** „mutualité“ (místní fond nemocenského pojištění);
 - v **České republice** „Úřad práce“ v místě bydliště či pobytu;
 - v **Dánsku** Ministerstvo vnitra a zdravotnictví, Kodaň;
 - v **Řecku** místní pobočka Institutu sociálního pojištění (IKA);
 - ve **Španělsku** „Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (oblastní ředitelství národní instituce sociálního zabezpečení) v místě bydliště;
 - ve **Francii** subjekt, který poskytuje nebo by poskytoval věcné dávky na základě nemocenského pojištění;
 - v **Irsku** „Department of Social Welfare“ (Ministerstvo sociální péče), Dublin;
 - v **Itálii** provinční úřad INAIL;
 - v **Lotyšsku** „Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra“ (agentura státního sociálního pojištění);
 - v **Litvě** „Savivaldybės socialinės paramos skyrius“ (městský úřad pro sociální pomoc) v místě bydliště či pobytu;
 - v **Lucembursku** „Union des caisses de maladie“ (unie nemocenských fondů);
 - v **Rakousku** „Gebietskrankenkasse“ (regionální fond nemocenského pojištění) příslušná pro místo bydliště;
 - v **Polsku** „Zakład Ubezpieczeń Społecznych“ (instituce sociálního pojištění), úřad příslušný pro místo bydliště či pobytu, nebo v případě zemědělských pracovníků: příslušná regionální pobočka „Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego“ (fond sociálního pojištění pro zemědělství), „Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji“ (úřad pro vyplacení důchodů Ministerstva vnitra a správy – styčný subjekt pro zvláštní systémy);
 - 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** příslušná regionální pobočka „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovinský ústav zdravotního pojištění) v místě bydliště či pobytu;
 - na **Slovensku** „Úřad práce, sociálních věcí a rodiny“ v místě bydliště či pobytu zesnulé osoby;
 - ve **Finsku** „Kansaneläkelaitos“ (instituce sociálního pojištění), Helsinky;
 - ve **Švédsku** „försäkringskassan“ (úřad sociálního pojištění) v místě bydliště či pobytu;
 - v **Estonsku** „Sotsiaalkindlustusamet“ (rada sociálního pojištění), Talin;
 - na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní institut sociálního zabezpečení), Reykjavík;
 - v **Lichtenštejnsku** úřad národního hospodářství;
 - v **Norsku** „lokale trygdekontor“ (místní pojišťovací úřad) v místě bydliště či pobytu.
 - ve **Švýcarsku** „Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG“ (společná instituce v rámci federálního zákona o nemocenském pojištění), Solothurn.

- (b) *Spolu se svou žádostí musíte předložit tyto doklady:*

- pro Belgii** výpis z úmrtního listu vydaný obecní správou;
potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů;
všechny doklady dokazující příbuzenský vztah nebo vztah prostřednictvím sňatku se zesnulou osobou nebo případně soužití s touto osobou ve společné domácnosti;
- pro Dánsko** úmrtní list;
pozorně si přečtěte „vejledning om ansøgning for begravelseshjaelp“ (pokyny pro žádost o pohřebné), které následně obdržíte;
- pro Řecko** úmrtní list, zdravotní knížka, karta pojištěnce a případně potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů;
- pro Španělsko** úmrtní list,
potvrzení dokládající příbuzenský vztah nebo potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů, pokud žadatel nemá žádný příbuzenský vztah se zesnulou osobou;
- pro Francii** v každém případě úmrtní list pojištěné osoby;
případně také:
 - pokud jste manželem nebo manželkou pojištěné osoby: „fiche familiale“ (rodinný záznam z matričního úřadu),
 - pokud jste potomkem zesnulé osoby (syn, dcera, vnuk atd.): „fiche familiale“ (rodinný záznam z matričního úřadu) dokládající Váš příbuzenský vztah se zesnulou osobou,
 - pokud jste předkem zesnulé osoby (rodič, prarodič atd.): „fiche individuelle“ (osobní záznam z matričního úřadu) zesnulé osoby,
 - pokud jste na zesnulé osobě byl/a závislý/á nějakým jiným způsobem čestné prohlášení svědčící o tom, že jste byl/a na zesnulé osobě skutečně, úplně a trvale závislý/á;

<i>pro Irsko</i>	<i>úmrtní list; případně oddací list; faktura nebo odhad pohřebních nákladů od majitele pohřebního ústavu nebo potvrzení o zaplacení;</i>
<i>pro Itálii</i>	<i>úmrtní list; doklad o registraci pojištění; případně prohlášení o rodinném stavu;</i>
<i>pro Lotyšsko</i>	<i>úmrtní list;</i>
<i>pro Litvu</i>	<i>úmrtní list;</i>
<i>pro Lucembursko</i>	<i>úmrtní list, potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů; případně prohlášení od obecní správy svědčící o nemanželském soužití;</i>
<i>pro Rakousko</i>	<i>úmrtní list; potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů;</i>
<i>pro Polsko</i>	<i>úmrtní list, originály účtů týkajících se pohřebních nákladů, prohlášení žadatele o tom, že mu nebyl vyplacen žádný podobný příspěvek;</i>
<i>pro Portugalsko</i>	<i>úmrtní list a potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů;</i>
<i>pro Slovinsko</i>	<i>na pohřebné: úmrtní list nebo zápis úmrtí pojištěné osoby, originál faktury za smuteční obřad; na úmrtné: úmrtní list nebo zápis úmrtí pojištěné osoby; v případě úmrtí manžela / manželky – oddací list; v případě úmrtí rodiče musí jeho potomek předložit rodný list a potvrzení o zápisu na školu nebo univerzitu (je-li starší 18 let); žadatelé, kteří nebyli pojištěni jako rodinní příslušníci zesnulé osoby, musejí předložit náležitý doklad o tom, že zesnulá osoba měla vůči nim až do své smrti vyživovací povinnost;</i>
<i>pro Slovensko</i>	<i>úmrtní list a potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů;</i>
<i>pro Estonsko</i>	<i>úmrtní list; pokud je žadatel majitelem pohřebního ústavu, plná moc právního zástupce osoby mající nárok na příspěvek; pokud došlo k úmrtí na území Estonska, musí být k úmrtnímu listu přiloženo potvrzení pro účely žádosti;</i>
<i>pro Finsko</i>	<i>úmrtní list; doklady dokazující vztah se zesnulou osobou; pokud je žadatel majitelem pohřebního ústavu, plná moc právního zástupce osoby mající nárok na příspěvek;</i>
<i>pro Švédsko</i>	<i>úmrtní list; potvrzení dokládající příčinu smrti;</i>
<i>pro Lichtenštejnsko</i>	<i>úmrtní list; potvrzení dokládající příčinu smrti; potvrzené účty týkající se pohřebních nákladů;</i>
<i>pro Norsko</i>	<i>úmrtní list.</i>

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 = Kypř; 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) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Vyplňuje se pouze v případě pracovníka, důchodce nebo žadatele o důchod.
- (⁴) Uveďte jméno a adresu.
- (⁵) Pro portugalské instituce vyplňte přiloženou dodatečnou stranu.
- (⁶) Vyplňte, pokud je příspěvek požadován podle belgických právních předpisů, jestliže žadatel není manželem / manželkou zesnulé osoby, jejím příbuzným nebo příbuzným prostřednictvím sňatku až do třetího stupně.
- (⁷) Pokud je žadatel majitelem pohřebního ústavu a je-li příspěvek požadován podle finských právních předpisů, musí být předložena plná moc právního zástupce osoby mající nárok na příspěvek.
- (⁸) Uveďte částku v měně země bydliště žadatele.
- (⁹) Neplatí pro irské instituce.

DODATEČNÉ INFORMACE
PRO ÚČELY PORTUGALSKÝCH INSTITUCÍ

1.	Manžel / manželka
1.1	Občanský stav
	☐ vdova / vdovec ☐ znovu ženatý / znovu vdaná ☐ rozvedený/á
1.2	Žila zesnulá osoba v době smrti ve stejné domácnosti s pojištěnou osobou a byla jí podporována?
	☐ ano ☐ ne

2.	Děti mající nárok na rodinné přídavky					
	Příjmení	Jméno	Vztah	Datum narození	Dosažená úroveň vzdělání	Postižené dítě
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
						
						

VÝKAZ SKUTEČNÝCH VÝDAJŮ

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 36 odst. 1 a 2; čl. 63 odst. 1; čl. 87 odst. 1
Nařízení (EHS) č. 574/72: čl. 93 odst. 1, 2, 4 a 5; čl. 105 odst. 1

Pro každého příjemce péče vyplňte samostatný formulář.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

1.	Faktura č.	☐ 1. polovina finančního roku	☐ 2. polovina finančního roku	20.
----	-----------------	---	---	----------

2.	Příslušná instituce, již je formulář určen
2.1	Název:
2.2	Kód instituce:
2.3	Adresa:

3.	Příjemce péče
3.1	Příjmení (²):
3.2	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
3.3	Jméno: Datum narození:
3.4	Osobní identifikační číslo (³): a) přidělené příslušnou institucí b) přidělené věřitelskou institucí
3.5	Pojištěná osoba je ☐ zaměstnanou osobou ☐ osobou samostatně výdělečně činnou ☐ přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným) ☐ přeshraničním pracovníkem (samostatně výdělečně činným) ☐ nezaměstnaným pracovníkem

4.	Výše uvedená osoba pobírala dávky na základě tohoto dokladu:
4.1	☐ Evropský průkaz zdravotního pojištění č.: datum platnosti: ☐ Potvrzení dočasně nahrazující Evropský průkaz zdravotního pojištění č.: ze dne s platností od do ☐ formulář E ze dne s platností od do
4.2	Výše uvedená osoba absolvovala požadovanou lékařskou prohlídku dne

5.	Vzniklé výdaje	Částka ⁽⁴⁾
5.1	V případě věcných dávek poskytovaných od do .....	.....
	V důsledku ⁽⁵⁾ ☐ nemoci ☐ nepracovního úrazu ☐ pracovního úrazu nebo nemoci z povolání	
5.2	Lékařská péče .....	.....
5.3	Zubařská péče .....	.....
5.4	Léky .....	.....
5.5	Hospitalizace od do od do .....	..... .....
5.6	Ostatní dávky ⁽⁶⁾	
5.7	Věcné dávky celkem .....	.....
5.8	Lékařské prohlídky⁽⁷⁾	
		
5.9	V případě peněžitých dávek od do .....	.....
5.10	Celkové výdaje	=====
		

6.	Věřitelská instituce
6.1	Název:
6.2	Kód instituce:
6.3	Adresa:
	
6.4	Razítko ⁽⁸⁾
	6.5 Datum:
	6.6 Podpis:

7.	Vyhrazeno pro instituci v příslušné zemi

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) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Je-li příjemce péče rodinným příslušníkem zaregistrovaným na základě formuláře E 106, uveďte osobní identifikační číslo pojištěné osoby.
- (⁴) Uveďte částku v národní měně.
- (⁵) Vyplňte v případě, že se formulář zasílá švýcarské instituci.
- (⁶) Uveďte druh dávek: porod, zubní protézy, ortopedické protézy, lázeňská péče, ambulance, další diagnostické prostředky atd.
- (⁷) Uveďte druh prováděných lékařských kontrol a prohlídek.
- (⁸) Formulář zaslaný a podepsaný elektronicky nemusí být opatřen razítkem.
-

SAZBY NÁHRAD ZA VĚCNÉ DÁVKY

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 22 odst. 1 písm. a) bod i); čl. 22 odst. 3; čl. 22 písm. a); čl. 31 písm. a); čl. 34 písm. a);
Nařízení (EHS) č. 574/72: článek 34

Příslušná instituce vyplní část A tohoto formuláře a zašle, buď přímo nebo prostřednictvím styčného orgánu, dvě kopie instituci, která by měla poskytovat dávky dotyčné osobě v zemi pobytu. Instituce v místě pobytu vyplní část B tohoto formuláře a jednu kopii vrátí zpět příslušné instituci.

Vyplňte tento formulář hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Formulář se skládá ze tří stran.

A. Žádost

1.	Instituce, již je formulář určen (²)
1.1	Název:
1.2	Kód instituce:
1.3	Adresa:

2.	☐ Oprávněná osoba
2.1	Příjmení (³):
2.2	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):
2.3	Jméno: Datum narození:
2.4	Osobní identifikační číslo:
2.5	Osoba je / byla ☐ zaměstnanou osobou ☐ osobou samostatně výdělečně činnou ☐ přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným) ☐ přeshraničním pracovníkem (samostatně výdělečně činným) ☐ nezaměstnaným pracovníkem

3. Rodinný příslušník oprávněné osoby, pokud mu byla poskytnuta péče:
- 3.1 Příjmení (³):
- 3.2 Jméno: Datum narození:
- 3.3 Identifikační číslo osoby:
.....
4. Výše uvedená osoba
- 4.1 během pobytu (země)
- 4.2 v (město)
- 4.3 sama uhradila náklady na toto ošetření
5. Na přiložených účtech uveďte, a sice pro každou dávku zvlášť, částku, která má být dotyčné osobě nahrazena na základě sazeb instituce v místě pobytu. Pouze v případě Lucemburska uveďte částku, kterou musí dotyčná osoba přispět na náklady léčení.
6. V příloze účty / účtů.

7.	Příslušná instituce		
7.1	Název:		
7.2	Kód instituce:		
7.3	Adresa:		
			
7.4	Razítko	7.5	Datum:
		7.6	Podpis:

B. Odpověď

8. V příloze zasíláme účty / účtů, na nichž jsou uvedeny požadované sazby.

9. ☐ Částka, která má být nahrazena ☐ Žádná náhrada

10.	Poznámky:
	
	
	

11.	Instituce v místě pobytu		
11.1	Název:		
11.2	Kód instituce:		
11.3	Adresa:		
			
11.4	Razítko	11.5	Datum:
		11.6	Podpis:

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 = Kypř; 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) Pokud instituce, která by měla poskytovat věcné dávky, není známa, může být tento formulář odeslán styčnému orgánu v zemi pobytu, tj.:
- v **Belgii** „Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)“ (národní institut pojištění pro případ nemoci a invalidity), Brusel;
 - v **České republice** „Centrum mezinárodních úhrad“ (CMU), Praha;
 - v **Dánsku** „Indenrigs- og Sundhedsministeriet“ (Ministerstvo vnitra a zdravotnictví), Kodaň;
 - v **Německu** „DVKA“ (německý styčný úřad pro nemocenské pojištění v zahraničí), Bonn;
 - v **Estonsku** „Eesti Haigekassa“ (fond zdravotního pojištění);
 - v **Řecku** regionální nebo místní pobočka institutu sociálního pojištění (IKA), pro námořníky: důchodový fond námořníků (NAT);
 - ve **Španělsku** „Instituto Nacional de la Seguridad Social“ (národní institut sociálního zabezpečení), Madrid;
 - ve **Francii** „Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale“ (středisko pro evropskou a mezinárodní spolupráci v oblasti sociálního zabezpečení), Paříž;
 - v **Irsku** „Department of Health“ (Ministerstvo zdravotnictví), Dublin;
 - v **Itálii** „Ministero della Salute“ (Ministerstvo zdravotnictví), Řím;
 - na **Kypřu** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia;
 - v **Lotyšsku** „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (agentura státního povinného sociálního pojištění), Riga;
 - v **Litvě** „Valstybinė ligonių kasa“ (státní nemocenský fond), Vilnius;
 - v **Lucembursku** „Union des Caisses de Maladie“ (svaz nemocenských pokladen), Lucemburk;
 - v **Maďarsku** „Országos Egészségbiztosítási Pénztár“ (národní fond zdravotního pojištění), Budapešť;
 - na **Maltě** „Entitlement Unit“, Ministry of Health (Ministerstvo zdravotnictví, oddělení pro uplatnění nároku), 23, St. John Street, Valletta;
 - v **Nizozemsku** „Agis Zorgverzekering“, Utrecht;
 - v **Rakousku** „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ (hlavní svaz rakouských nositelů pojištění), Vídeň;
 - v **Polsku** „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (státní zdravotní fond), Varšava;
 - v **Portugalsku** „Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social“ (odbor mezinárodních vztahů a ujednání o sociálním zabezpečení), Lisabon;
 - ve **Slovinsku** „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija“ (slovinský ústav zdravotního pojištění – ředitelství), Lublaň;
 - na **Slovensku** „Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou“, Bratislava;

ve **Finsku** „Kansaneläkelaitos“ (instituce sociálního pojištění), Helsinky;

ve **Švédsku** „Riksförsäkringsverket“ (národní výbor sociálního pojištění), Stockholm;

na **Islandu** „Tryggingastofnun ríkisins“ (státní institut sociálního zabezpečení), Reykjavík;

v **Lichtenštejnsku** „Amt für Volkswirtschaft“ (úřad národního hospodářství), Vaduz;

v **Norsku** „Rikstrygdeverket“ (správa národního pojištění), Oslo;

ve **Švýcarsku** „Institution commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG — Istituzione commune LAMal“ (společná instituce v rámci federálního zákona o nemocenském pojištění), Solothurn.

⁽³⁾ Uvedte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.

VÝKAZ MĚSÍČNÍCH PAUŠÁLNÍCH ČÁSTEK

Nařízení (EHS) č. 1408/71: čl. 36 odst. 1 a 2
Nařízení (EHS) č. 574/72: článek 94; článek 95

Instituce v místě bydliště vyhotoví formulář na jeden kalendářní rok a zašle jej příslušné instituci prostřednictvím subjektu určeného k provádění čl. 102 odst. 2 nařízení (EHS) č. 574/72.

Vyplňte tento formulář ve třech vyhotoveních hůlkovým písmem a pouze ve vytečkovaných řádcích. Pro každého důchodce a každého rodinného příslušníka důchodce vyplňte samostatný formulář.

1.	Výkaz č. z roku 20 ⁽²⁾	
2.	Příslušná instituce	
2.1	Název:	
2.2	Kód instituce:	
2.3	Adresa:	
3.	Nárok na věcné dávky byl přiznán ☐ zaměstnané osobě ☐ důchodci ☐ osobě samostatně výdělečně činné	
3.1	Příjmení ⁽³⁾ :	
3.2	Rodné příjmení (pokud je odlišné od současného příjmení):	
3.3	Jméno:	Datum narození:
3.4	Osobní identifikační číslo přidělené příslušnou institucí:	
3.5	Osobní identifikační číslo přidělené věřitelskou institucí:	
4.	Tento výkaz se týká	
4.1	☐ rodiny osoby uvedené v oddílu 3, která bydlí na této adrese:	
4.2	☐ důchodce uvedeného v oddílu 3, který bydlí na této adrese:	
4.3	☐ tohoto rodinného příslušníka důchodce uvedeného v oddílu 3 ☐ tohoto rodinného příslušníka osoby uvedené v oddílu 3 ⁽⁴⁾	
4.3.1	Příjmení ⁽³⁾ :	
4.3.2	Jméno:	Datum narození:
4.3.3	Adresa:	
4.3.4	Osobní identifikační číslo přidělené příslušnou institucí:	
4.3.5	Osobní identifikační číslo přidělené věřitelskou institucí:	

5. Nárok na věcné dávky mají rodinní příslušníci výše uvedeného pracovníka nebo výše uvedený důchodce a jeho rodinní příslušníci, jak je potvrzeno
Vaším formulářem E ze dne (datum)

6. Za období, po které tento nárok trval

(od do),

- 6.1 počet měsíčních paušálních částek je

- 6.2 ☐ na rodinu, a to bez ohledu na počet rodinných příslušníků, za použití jedné tarifní sazby;
☐ na důchodce nebo jeho / její rodinné příslušníky – pro každého z nich samostatný formulář E 127 a stejná tarifní sazba pro důchodce i jeho / její rodinné příslušníky;
☐ na osobu⁽⁴⁾.

7.	Věřitelská instituce		
7.1	Název:	.....	
7.2	Kód instituce:	.....	
7.3	Adresa:	.....	
7.4	Razítko ⁽⁵⁾	7.5	Datum:
		7.6	Podpis:

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⁾ Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- ⁽³⁾ Uveďte rok, v němž byly dávky poskytnuty.
- ⁽⁴⁾ Vyplňte v případě zvláštního systému paušálních částek.
- ⁽⁵⁾ Formulář zaslaný a podepsaný elektronicky nemusí být opatřen razítkem.