

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, jíž 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: <input type="checkbox"/> zaměstnaná osoba <input type="checkbox"/> osoba samostatně výdělečně činná ⁽⁴⁾
2.6	<input type="checkbox"/> Název posledního zaměstnavatele <input type="checkbox"/> Poslední povolání při výkonu samostatně výdělečné činnosti Adresa:
2.7	<input type="checkbox"/> Předchozí zaměstnavatelé: [jméno a adresa]
	<input type="checkbox"/> Předchozí povolání, která osoba vykonávala při samostatně výdělečné činnosti:

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 od

6.	těchto dob pojištění nebo zaměstnání pro tyto dávky:	<input type="text"/>	(⁶)
6.1	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.2	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.3	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.4	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.5	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.6	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.7	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.8	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.9	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
6.10	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)

7.	těchto dob bydlení:		
7.1	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.2	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.3	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.4	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.5	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.6	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.7	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.8	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.9	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (¹⁰)
7.10	od	do	(⁸) pro pojistný případ (⁹) <input type="checkbox"/> (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) Uvedte příjmení v pořadí občanského stavu.
- (³) Uvedte jména v pořadí občanského stavu.
- (⁴) Uvedte 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.