

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 rádcích. 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.	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Osoba, která má nárok na <input type="checkbox"/> Žadatel o důchod z důvodu <input type="checkbox"/> stáří <input type="checkbox"/> invalidity <input type="checkbox"/> pozůstalosti <input type="checkbox"/> pracovního úrazu <input type="checkbox"/> nemoci z povolání
2.7	Instituce odpovědná za vyplácení důchodu

3.	<input type="checkbox"/> Poslední zaměstnavatel ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> 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. Vypní 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.