

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 řádkách. 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Příkladáme Evropský průkaz zdravotního pojištění s číslempožadovaný v oddílu 7
11.2	<input type="checkbox"/> 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** „Υπουργείο Υγείας“ (Ministerstvo zdravotnictví), 1448 Lefkosia, instituce nemocenského pojištění a pojištění v mateřství. Na žádost bude dotyčné osobě vydán kyperský zdravotní průkaz, bez nějž 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 **Slovensku** regionální oddělení „Zavod za zdravstvo in zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (slovenský 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 Irsku „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.
-