

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.  | <input type="checkbox"/> Pojištěná osoba                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník pojištěné osoby                             |
|     | <input type="checkbox"/> Osoba samostatně výdělečně činná                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník osoby samostatně výdělečně činné            |
|     | <input type="checkbox"/> Důchodce (zaměstnaná osoba)                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník důchodce (zaměstnané osoby)                 |
|     | <input type="checkbox"/> Důchodce (osoba samostatně výdělečně činná)                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník důchodce (osoby samostatně výdělečně činné) |
| 1.1 | Příjmení <sup>(2)</sup> :<br>.....                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |
| 1.2 | Jméno <sup>(3)</sup> :<br>.....                                                                                                                                                                                                                          | Datum narození:<br>.....                                                                |
| 1.3 | Předchozí příjmení: .....                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |
| 1.4 | Adresa v příslušné zemi:<br>.....                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |
| 1.5 | Adresa v zemi, do níž dotyčná osoba odchází:<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |
| 1.6 | Osobní identifikační číslo <sup>(4)</sup> :<br>.....                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |
| 2.  | Výše uvedená osoba je oprávněna zachovat si nárok na věcné dávky<br><input type="checkbox"/> na základě zdravotního pojištění a pojištění v mateřství <input type="checkbox"/> na základě pojištění nepracovních úrazů <sup>(5)</sup><br>v ..... (země), |                                                                                         |
| 2.1 | <input type="checkbox"/> kde bude bydlet                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |
| 2.2 | <input type="checkbox"/> kde se bude léčit v/od <sup>(6)</sup><br>.....<br>.....<br>nebo v jakémkoliv jiném zařízení podobného druhu v případě převozu, který je z lékařského hlediska nutný v rámci tohoto léčení.                                      |                                                                                         |
| 2.3 | <input type="checkbox"/> 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,<br>od ..... do ..... včetně.                                                                                                                                                     |                                                                                         |
| 4.  | Zpráva našeho ošetřujícího lékaře                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                         |
| 4.1 | <input type="checkbox"/> je přiložena k tomuto formuláři v zalepené obálce                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| 4.2 | <input type="checkbox"/> byla odeslána dne ..... komu <sup>(7)</sup> .....                                                                                                                                                                               |                                                                                         |
| 4.3 | <input type="checkbox"/> bude odeslána na požádání                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |
| 4.4 | <input type="checkbox"/> 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 **Kypru** „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 **Maltě** 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

- (<sup>1</sup>) 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.
- (<sup>2</sup>) Uveďte všechna příjmení v pořadí občanského stavu.
- (<sup>3</sup>) Uveďte jména v pořadí občanského stavu.
- (<sup>4</sup>) Uveďte číslo pojištěné osoby, pokud rodinný příslušník nemá osobní identifikační číslo.
- (<sup>5</sup>) Vyplní francouzské instituce pro samostatně výdělečně činné zemědělské pracovníky.
- (<sup>6</sup>) Vyplní se, pokud je to možné.
- (<sup>7</sup>) Název a adresa instituce, již byla zaslána lékařská zpráva.