

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	
	<input type="checkbox"/> zaměstnanou osobou	
	<input type="checkbox"/> osobou samostatně výdělečně činnou	
	<input type="checkbox"/> přeshraničním pracovníkem (zaměstnaným)	
	<input type="checkbox"/> přeshraničním pracovníkem (samostatně výdělečně činným)	
	<input type="checkbox"/> nezaměstnaným pracovníkem	

3.	Vyplní instituce odpovědná za vyplácení důchodu		
3.1	Výše uvedená osoba má nárok na důchod z důvodu		
	<input type="checkbox"/> věku	<input type="checkbox"/> invalidity	<input type="checkbox"/> pozůstalosti
	<input type="checkbox"/> pracovního úrazu	<input type="checkbox"/> nemoci z povolání	
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	<input type="checkbox"/> Osoba uvedená v oddílu 2 <input type="checkbox"/> Osoba uvedená v oddílu 5	
6.3	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	<input type="checkbox"/> od dokud nebude toto potvrzení zrušeno	
6.5	<input type="checkbox"/> jeden rok od ⁽⁶⁾	
6.6	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ⁽⁷⁾	
9.1	<input type="checkbox"/> Osoba uvedená v oddílu 2 <input type="checkbox"/> Osoba uvedená v oddílu 5 nemohla být zaregistrována	
9.2	<input type="checkbox"/> neboť podle právních předpisů naší země již má nárok na věcné dávky	
9.3	<input type="checkbox"/> Jiné důvody:	

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

11.	Evropský průkaz zdravotního pojištění
11.1	<input type="checkbox"/> Přikládáme Evropský průkaz zdravotního pojištění s číslem požadovaný 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 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 **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** 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 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;

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.