

POTVRDENIE O ÚHRNE OBDOBÍ POISTENIA, ZAMESTNANIA ALEBO BYDLISKA

Choroba — materstvo — úmrtie (podpora) — invalidita

Nariadenie (EHS) č. 1408/71: článok 9 ods. 2; článok 18 ods.1; článok 38 ods.1; článok 64
Nariadenie (EHS) č. 574/72: článok 6 ods. 2; článok 16; článok 39 ods. 1 a ods. 2; článok 79

Príslušná inštitúcia vyplní časť A formulára a dve kópie zašle inštitúcii členského štátu, ktorého legislatíva sa naposledy vzťahovala na danú osobu. Inštitúcia, ktorá formulár dostala, vyplní časť B a vráti ho inštitúcii, ktorá jej ho zaslala. Ak sa formulár vyplní na žiadosť príslušnej osoby, inštitúcia, ktorá formulár vystavuje, vyplní časť A.2 a B a poskytne alebo zašle ho tejto osobe.

Tento formulár vyplňte tlačným písmom a píšete iba do vybodkovaných riadkov. Formulár tvoria 3 strany, žiadna z nich nesmie byť vynechaná.

Časť A

1.	Inštitúcia, ktorej je formulár adresovaný
1.1	Názov:
1.2	Identifikačné číslo inštitúcie:
1.3	Adresa:

2.	Poistenec
2.1	Priezvisko/á ⁽²⁾ :
2.2	Meno/á ⁽³⁾ :
	Dátum narodenia:
2.3	Predchádzajúce meno/á:
2.4	Osobné identifikačné číslo:
2.5	Poistenec vykonával odo dňa uvedeného v bode 3.1 povolanie ako: <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> samostatne zárobkovo činná osoba v ⁽⁴⁾ :
2.6	<input type="checkbox"/> Názov posledného zamestnávateľa <input type="checkbox"/> Posledné povolanie ako samostatne zárobkovo činná osoba
	Adresa:

2.7	<input type="checkbox"/> Predchádzajúci zamestnávateľa: <input type="checkbox"/> Predchádzajúce povolania ako samostatne zárobkovo činná osoba: [Názov a adresa]

3. Na vybavenie žiadosti, ktorú predložil uvedený poistenec, uveďte obdobia poistenia, zamestnania alebo bydliska, ktoré tento poistenec dosiahol

3.1 od

3.2 podľa legislatívy vášho štátu so zreteľom na tento prípad:

choroba a materstvo⁽⁵⁾ úmrtie (podpora) invalidita⁽⁶⁾

4.	Príslušná inštitúcia	
4.1	Názov:	
4.2	Identifikačné číslo inštitúcie:	
4.3	Adresa:	
	
4.4	Pečiatka	4.5 Dátum:
		4.6 Podpis:
	

Časť B

5. Osoba uvedená v tabuľke 2

5.1 bola poistená pre prípad choroby alebo materstva odo dňa uvedeného v bode 3.1 (7)

5.2 dosiahla od

6.	tieto obdobia poistenia alebo zamestnania so zreteľom na tieto dávky:	<input type="text"/>	(5)
6.1	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.2	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.3	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.4	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.5	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.6	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.7	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.8	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.9	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)
6.10	od do (8)	za (9)	<input type="checkbox"/> (10)

7.	tieto obdobia bydliska:
7.1	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.2	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.3	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.4	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.5	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.6	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.7	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.8	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.9	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)
7.10	od do (8) za (9) <input type="checkbox"/> (10)

8.	Inštitúcia, ktorá vyplňa časť B	
8.1	Názov:	
8.2	Identifikačné číslo inštitúcie:	
	
8.3	Adresa:	
	
8.4	Pečiatka	8.5 Dátum:
		8.6 Podpis:
	

POZNÁMKY

- (¹) Symbol štátu inštitúcie, ktorá ako prvá vyplní formulár: BE = Belgicko; CZ = Česká republika; DK = Dánsko; DE = Nemecko; EE = Estónsko; GR = Grécko; ES = Španielsko; FR = Francúzsko; IE = Írsko; IT = Taliansko; CY = Cyprus; LV = Lotyšsko; LT = Litva; LU = Luxembursko; HU = Maďarsko; MT = Malta; NL = Holandsko; AT = Rakúsko; PL = Poľsko; PT = Portugalsko; SI = Slovinsko; SK = Slovensko; FI = Fínsko; SE = Švédsko; UK = Spojené kráľovstvo; IS = Island; LI = Lichtenštajnsko; NO = Nórsko; CH = Švajčiarsko.
- (²) Uveďte priezviská v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (³) Uveďte mená v poradí podľa preukazu totožnosti.
- (⁴) Uveďte štát.
- (⁵) Ak je tento formulár určený inštitúcii v Belgicku, Francúzsku, Grécku, Lichtenštajnsku alebo Švajčiarsku, prípad označte jedným z týchto kódov: N = vecné dávky, E = peňažné dávky.
- (⁶) Na účely inštitúcii vo Francúzsku a v Lotyšsku.
- (⁷) Vyplňte, iba ak je príslušná inštitúcia v Belgicku.
- (⁸) Ak je potvrdenie určené inštitúcii v Belgicku, Českej republike, Grécku, Lotyšsku, Litve, Poľsku alebo Lichtenštajnsku, uveďte, či v uvedenom období išlo o činnosť zamestnanca alebo samostatne zárobkovo činnnej osoby, a použite tento kód: D = zamestnanec; I = samostatne zárobkovo činná osoba.
- Ak je potvrdenie určené inštitúcii v Nemecku, Litve, Luxembursku alebo Poľsku, uveďte obdobia poistenia v tabuľke 7 a použite tento kód: P = povinné poistenie; F = dobrovoľné poistenie.
- (⁹) Uveďte prípad, na ktorý sa poistenie vzťahuje, a použite tento kód:
A = choroba a materstvo; B = úmrtie (podpora); O = invalidita.
- (¹⁰) Ak je príslušná inštitúcia na Cypre, v Nemecku, Írsku, Maďarsku, Rakúsku alebo Spojenom kráľovstve, krížikom označte štvorček, ak obdobie poistenia alebo bydliska zodpovedá obdobiu zamestnania, a uveďte druh zamestnania alebo samostatne zárobkovej činnosti.