

**IGAZOLÁS A BETEGSÉGI- VAGY ANYASÁGI BIZTOSÍTÁS ALAPJÁN JÁRÓ TERMÉSZETBENI ELLÁTÁSOKRA VALÓ JOGOSULTSÁGRÓL OLYAN SZEMÉLYEK ESETÉBEN, AKIKNEK A LAKHELYE NEM AZ ILLETÉKES ORSZÁGBAN VAN**

**Foglalkoztatottak és önálló vállalkozók, valamint a velük egy háztartásban élő családtagjaink;  
munkanélküli személyek családtagjai**

1408/71/EGK rendelet: 19. cikk(1) bekezdés a) pont; 19. cikk(2) bekezdés; 25. cikk(3) bekezdés i) pont  
574/72/EGK rendelet: 17.cikk(1) és(4) bekezdés; 27. cikk (első mondat)

Az illetékes teherviselőnek kell kitöltenie a nyomtatvány A. részét, majd két példányban el kell küldenie a nyomtatványt vagy a biztosítottnak, vagy – szükség szerint az összekötő szervén keresztül – a lakóhely szerinti intézménynek, (amennyiben az igazolást ezen intézmény kérésére állítja ki.) A két példány kézhezvételét követően az utóbbi intézmény kitölti a nyomtatvány B. részét és egy példányt visszaküld az illetékes teherviselőnek.

**Kérjük a nyomtatványt nyomtatott betűkkel töltsé ki, és csak a pontozott vonalra írjon. A nyomtatvány 4 oldalból áll, amelyek egyike sem hagyható ki.**

**A. Jogosultságról szóló értesítés**

|     |   |
|-----|---|
| 1.  | Lakóhely szerinti intézmény <sup>(2)</sup>                    |
| 1.1 | Név: .....  |
| 1.2 | Az intézmény azonosító száma: .....                           |
| 1.3 | Cím: .....  |
| 1.4 | Hivatkozás: az Önök ..... -án/én kelt E 107 formanyomtatványa |

|      |   |
|------|---|
| 2.   | A biztosított személy:  |
| 2.1  | Családi név (nevek) <sup>(3)</sup> :<br>.....   |
| 2.2  | Utónév (nevek) <sup>(4)</sup> : ..... Születési idő: .....                            |
| 2.3  | Előző név (nevek): .....  |
| 2.4  | Cím a lakóhely szerinti országban: .....  |
| 2.5  | Személyi azonosító szám:<br>.....   |
| 2.6  | A személy: <input type="checkbox"/> foglalkoztatott                                   |
| 2.7  | A biztosított személy <input type="checkbox"/> önálló vállalkozó                      |
| 2.8  | A biztosított személy <input type="checkbox"/> határ menti ingázó (foglalkoztatott)   |
| 2.9  | A biztosított személy <input type="checkbox"/> határ menti ingázó (önálló vállalkozó) |
| 2.10 | A biztosított személy <input type="checkbox"/> munkanélküli                           |

|     |  |
|-----|--|
| 3.  | Családtag <sup>(5)</sup>                                   |
| 3.1 | Családi név (nevek) <sup>(3)</sup> :<br>.....              |
| 3.2 | Utónév (nevek) <sup>(4)</sup> : ..... Születési idő: ..... |
| 3.3 | Előző név (nevek): .....                                   |
| 3.4 | Cím a lakóhely szerinti országban: .....                   |
| 3.5 | Személyi azonosító szám: .....                             |

4.1  A fent említett biztosított személy és a vele egy háztartásban élő családtagjai<sup>(6)</sup>

4.2  A fent említett munkanélküli személy családtagjai<sup>(6)</sup>

5. jogosultak betegség- és anyasági biztosítás alapján járó természetbeni ellátásokra  
.....-tól/től.

6. Az érintett személyek jogosultsága fennáll

6.1  a jelen igazolás visszavonásáig

6.2  az 5. pontban meghatározott időponttól számított egy évig<sup>(7)</sup>

6.3  .....-ig bezárólagosan<sup>(8)</sup>

7. Illetékes betegség- és anyasági biztosítási teherviselő

7.1 Név: .....

7.2 Az intézmény azonosító száma: .....

7.3 Cím: .....

7.4 Bélyegző: ..... 7.5 Kelt: .....

7.6 Aláírás: .....

**B. Értesítés a nyilvántartásba vételről<sup>(9)</sup>**

8.

8.1  A 2. rovatban megnevezett biztosított személyt és családtagjait

8.2  A munkanélküli személy 3. rovatban megnevezett családtagjait

8.3  .....-án bejegyeztük

8.4  nem jegyeztük be, mivel .....

9.

| 9.1 | Családi név (nevek) <sup>(3)</sup> : | Utónév (nevek) <sup>(4)</sup> : | Előző név (nevek): | Születési idő: | Személyi azonosító szám: |
|-----|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------|----------------|--------------------------|
| 9.2 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.3 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.4 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.5 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.6 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.7 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.8 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |
| 9.9 | .....                                | .....                           | .....              | .....          | .....                    |

10. Lakóhely szerinti intézmény

10.1 Név: .....

10.2 Az intézmény azonosító száma: .....

10.3 Cím: .....

10.4 Bélyegző: ..... 10.5 Kelt: .....

10.6 Aláírás: .....

## Tájékoztató a biztosított személy részére

- a) A nyomtatvány feljogosít arra, hogy – mind Ön, mind családtagjai – betegség- és anyasági biztosítás alapján járó természetbeni juttatásokban részesüljenek. Ha Ön munkanélküli, ez a nyomtatvány nem Önnek szól, hanem kizárólag azon családtagjainak, akiknek a lakóhelye más tagállamban található, mint ahol Ön biztosított.
- b) A nyomtatványnak az Ön birtokában lévő két példányát a lehető leggyorsabban be kell nyújtania a lakóhely szerinti betegség- és anyasági biztosítási intézménynek. Ha Ön munkanélküli, a nyomtatványt családtagjainak kell benyújtaniuk az ő lakóhelyükön található betegség- és anyasági biztosítási intézménynek.
- c) Ezek a betegség- és anyasági biztosítási intézmények a következők:
- Belgiumban** a mutualité (helyi betegbiztosító pénztár)
- a Cseh Köztársaságban** a Zdravotní pojišťovna, a lakóhelyen található betegségbiztosítási pénztár
- Dániában** a lakóhely szerinti helyi hatóság
- Németországban** a biztosított által választott Krankenkasse (betegbiztosító pénztár) hivatala
- Észtországban** az Eesti Haigekassa (Észt Betegségbiztosítási Pénztár)
- Görögországban** rendszerint a Szociális Biztonsági Intézet (IKA) területi, illetve helyi fiókja. A helyi fiók látja el az érintett személyt „egészségügyi könyvvel” amelynek hiányában természetbeni juttatás nem vehető igénybe
- Spanyolországban** a lakóhely szerinti Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (Országos Szociális Biztonsági Intézet Tartományi Igazgatósága). Ha valamilyen juttatást igényel, a spanyol szociális biztonság egészségügyi rendszerén belül az orvosi és kórházi szolgálathoz lehet fordulni. A nyomtatványt fénymásolattal együtt kell benyújtani
- Franciaországban** a Caisse primaire d'assurance maladie (helyi betegségbiztosítási pénztár)
- Írországbán** a Health Service Executive (Egészségügyi Igazgatóság) helyi hivatala
- Olaszországban** rendszerint a területileg illetékes Unita sanitaria locale (ASL) (Egészségügyi Hatóság helyi egysége). Tengerészek és a polgári repülésben foglalkoztatottak esetében a „Ministerio della Sanità”, „Ufficio di sanità marittima o aerea” (Egészségügyi Minisztérium, tengerészeti vagy repülés-egészségügyi iroda)
- Cipruson**, Υπουργείο Υγείας (Egészségügyi Minisztérium, 1448 Lefkosia). Az igénylés benyújtásakor az érintett személy ciprusi egészségügyi kártyát kap, amelynek hiányában a országos egészségügyi intézményekben természetbeni juttatások nem illetik meg
- Lettországbán** a Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra (Országos Kötelező Egészségbiztosítási Hivatal)
- Litvániában** a Teritorinė ligonių kasa (Területi Betegpénztár)
- Luxemburgban** la Caisse de maladie des ouvriers (Munkavállalók Betegségbiztosítási Pénztára)
- Magyarországon** az illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztár
- Máltán** az Entitlement Unit, Ministry of Health, (Egészségügyi Minisztérium Jogosultságok Részlege), 23 St. John Street, Valletta
- Hollandiában** a lakóhely szerint illetékes bármely betegbiztosítási alap
- Ausztriában** a lakóhely szerint illetékes Gebietskrankenkasse (Területi Betegbiztosítási Pénztár)
- Lengyelországban** a lakóhely szerint illetékes Narodowy Fundusz Zdrowia (Nemzeti Egészségügyi Alap) területi kirendeltsége
- Portugáliában**, az **anyaország** vonatkozásában a lakóhely szerinti Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social (Szociális Biztonsági Körzeti Központ); **Madeira** esetében a Centro de Segurança Social da Madeira (Madeirai Szociális Biztonsági Központ), Funchal; az **Azori-szigetek** vonatkozásában a lakóhely szerinti Centro de Prestações Pecuniárias (Pénzbeli Ellátások Központja)
- Szlovéniában** a Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) (Szlovén Egészségbiztosító Intézet), Ljubljana
- Szlovákiában** a biztosított által választott zdravotná poisťovňa (egészségbiztosító társaság)
- Finnországban** a Kansaneläkelaitos (Szociális Biztonsági Intézet) helyi irodája
- Svédországban** a lakóhely szerinti Försäkringskassan (Társadalombiztosítási Hivatal)
- az **Egyesült Királyságban** értelemszerűen a Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre (Munka- és Nyugdíjügyi Minisztérium, Nyugdíjszolgálat, Nemzetközi Nyugdíjközpont) Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, vagy Észak-Írország esetében a Department for Social Development, Overseas Benefits Branch, Block 2, Castle Buildings, Belfast
- Izlandon** a Tryggingastofnun Ríkisins (Állami Szociális Biztonsági Intézet), Reykjavík
- Liechtensteinben** az Amt für Volkswirtschaft (Nemzetgazdasági Hivatal), Vaduz
- Norvégiában** a lakóhely szerint illetékes lokale Trygdekontor (Helyi Biztosítási Iroda)
- Svájcbán** az Institution commune LAMal – Istitutozione commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG (A Szövetségi Betegbiztosítási Törvény alapján működő Közös Intézmény), Solothurn.
- d) A nyomtatvány az 5. rovatban jelzett időponttól kezdve addig az időpontig érvényes, amelyet a 6. rovatban található négyzetek egyikébe irt x jellel megjelöltek.
- e) Önnek vagy családtagjainak tájékoztatniuk kell a címzett biztosítási intézményt a körülményekben bekövetkezett mindennemű változásról, amely érintheti a természetbeni juttatásokra való jogosultságot, így például a munkaviszony megszűnését vagy megváltozását, a lakóhely vagy tartózkodási hely megváltozását, vagy valamelyik családtag esetében felmerülő változásokat.

## MEGJEGYZÉSEK

- (<sup>1</sup>) Annak az országnak a betűjele, amelyhez a formanyomtatványt kitöltő intézmény tartozik: BE = Belgium; CZ = Cseh Köztársaság; DK = Dánia; DE = Németország; EE = Észtország; GR = Görögország; ES = Spanyolország; FR = Franciaország; IE = Írország; IT = Olaszország; CY = Ciprus; LV = Lettország; LT = Litvánia; LU = Luxemburg; HU = Magyarország; MT = Málta; NL = Hollandia; AT = Ausztria; PL = Lengyelország; PT = Portugália; SI = Szlovénia; SK = Szlovákia; FI = Finnország; SE = Svédország; UK = Egyesült Királyság; IS = Izland; LI = Liechtenstein; NO = Norvégia; CH = Svájc.
- (<sup>2</sup>) Csak akkor kell kitölteni, ha a nyomtatványt az érintett személy lakóhelye helye szerint illetékes intézmény kérésére állítják ki.
- (<sup>3</sup>) A teljes családi nevet meg kell adni, az anyakönyvben szereplő sorrendben.
- (<sup>4</sup>) Minden utónevet meg kell adni, az anyakönyvben feltüntetett sorrendben.
- (<sup>5</sup>) Csak akkor kell kitölteni, ha a nyomtatvány munkanélküli személy családtagjaira vonatkozik. Csak egy családtagot említsen, mert a lakóhelyül szolgáló ország jogszabályai határozzák meg, hogy mely családtagok jogosultak a juttatásokra.
- (<sup>6</sup>) Az állandó lakóhelyül szolgáló ország jogszabályai határozzák meg, hogy mely családtagok jogosultak a juttatásokra.
- (<sup>7</sup>) Ha az igazolást német, francia, olasz vagy portugál intézmény állítja ki.
- (<sup>8</sup>) Ha a dokumentumot görög, magyar vagy egyesült királyságbeli intézmény állítja ki alkalmazottakra vagy önálló vállalkozókra.
- (<sup>9</sup>) Ha az igazolást korábban kibocsátott igazolás megújításához állítják ki, a B. részt nem kell kitölteni.