

POTRDILO O OHRANITVI PRAVICE DO DAJATEV V PRIMERU BOLEZNI IN MATERINSTVA

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 22(1)(b)(i); člen 22(1)(c)(i); člen 22(3); člen 22(a); člen 31  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 22(1) in (3); člen 23; člen 31(1) in (3)

Pristojni nosilec ali nosilec v kraju stalnega prebivališča zavarovane osebe, upokojenca ali družinskega člana mora ta obrazec izdati zavarovani osebi ali upokojencu ali njegovemu družinskemu članu. Če odhaja zavarovana oseba ali upokojenec v Združeno kraljestvo, je treba en izvod obrazca poslati tudi na "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre", Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine).

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 2 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.

1.	<input type="checkbox"/> Zavarovana oseba	<input type="checkbox"/> Družinski član zavarovane osebe
	<input type="checkbox"/> Samozaposleni delavec	<input type="checkbox"/> Družinski član samozaposlenega delavca
	<input type="checkbox"/> Upokojenec (zaposleni delavec)	<input type="checkbox"/> Družinski član upokojenca (zaposlenega delavca)
	<input type="checkbox"/> Upokojenec (samozaposleni delavec)	<input type="checkbox"/> Družinski član upokojenca (samozaposlenega delavca)
1.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : .....	Datum rojstva: .....
1.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....	
1.4	Naslov v pristojni državi: .....	
1.5	Naslov v državi, v katero zadevna oseba odhaja: ..... .....	
1.6	Osebna identifikacijska številka <sup>(4)</sup> : .....	

2. Zgoraj navedeni osebi se odobri ohranitev pravice do storitev

- iz zavarovanja za primer bolezni in materinstva       iz zavarovanja za primer nesreče izven dela<sup>(5)</sup>  
v ..... (državi), kamor odhaja

2.1  na bivanje

2.2  na zdravljenje pri/v<sup>(6)</sup>  
.....

ali v kateri koli drugi ustanovi podobne narave v primeru spremembe kraja, ki je iz zdravstvenih razlogov potrebna za zdravljenje zadevne osebe;

2.3  za pošiljanje bioloških vzorcev na testiranje, pri čemer prisotnost zadevne osebe ni potrebna.

3. Te storitve se lahko zagotovijo ob predložitvi tega potrdila,

od ..... do vključno .....

4. Poročilo našega zdravnika, ki je opravil preglede,

4.1  je v zapečateni ovojnici priloženo temu obrazcu

4.2  bilo poslano ..... na<sup>(7)</sup> .....

4.3  bomo na zahtevo poslali

4.4  ni bilo napisano

5. Pristojni nosilec

5.1 Ime: .....

5.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

5.3 Naslov: .....

5.4 Žig      5.5 Datum: .....

5.6 Podpis: .....

### Informacije za zadevno osebo

Ta obrazec čim prej predložite nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva v kraju, kamor odhajate, ki je:

v **Belgiji**, "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;  
na **Češkem**, "Zdravotní pojišťovna" (sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;  
na **Danskem**, ponudniku zdravstvenih storitev, običajno splošnemu zdravniku, ki vas bo napotil k specialistu;  
v **Nemčiji**, "Krankenkasse" (bolniška blagajna) po vaši izbiri;  
v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Agencija za zdravstveno zavarovanje);  
v **Grčiji**, običajno območni ali krajevni urad Zavoda za socialno zavarovanje (IKA), ki izda zadevni osebi zdravstveno knjižico, brez katere ji storitve ne morejo biti zagotovljene;  
v **Španiji**, zdravstvena/bolnišnična služba zdravstvenega sistema v okviru španskega socialnega zavarovanja. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;  
v **Franciji**, "Caisse primaire d'assurance maladie" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);  
na **Irskem**, krajevni zdravstveni urad "Health Service Executive";  
v **Italiji**, običajno "Azienda sanitaria locale" (ASL) (lokalna zdravstvena upravna enota), pristojna za zadevno območje;  
na **Cipru**, "Υπουργείο Υγείας" (Ministrstvo za zdravje, 1448 Nikozija);  
v **Latviji**, "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje);  
v **Litvi**, "Territorial Patient Fund", ustanove za bolezni in materinstvo;  
v **Luksemburgu**, "Caisse de maladie des ouvriers" (zdravstveni sklad za fizične delavce);  
na **Madžarskem**, ponudnik zdravstvenih storitev;  
na **Malti**, "National Health Service establishment" (Državna zdravstvena ustanova) (zdravnik, zobozdravnik, bolnišnica, zdravstveni center), ki zagotavlja zdravstvene storitve;  
na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, ki je pristojen za kraj stalnega prebivališča ali, v primeru začasnega bivanja, "Agis zorgverzekeringen", Utrecht;  
v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja), pristojen za kraj stalnega ali začasnega prebivališča;  
na **Poljskem**, območna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nacionalni zdravstveni sklad), pristojna za kraj stalnega prebivališča;  
na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**: "Administração Regional de Saúde" (Območna zdravstvena uprava) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča; za **Madeiro**: "Centro de Saúde" (Zdravstveni center) v kraju začasnega prebivališča; za **Azore**: "Centro de Saúde" (Zdravstveni center) v kraju začasnega prebivališča;  
v **Sloveniji**, območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pristojna po kraju stalnega ali začasnega prebivališča;  
na **Slovaškem**, na "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;  
na **Finskem**, krajevna izpostava "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje); Ta obrazec morate predložiti občinskemu zdravstvenemu centru ali javni bolnišnici, ki nudi zdravljenje;  
na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (krajevni urad za socialno zavarovanje). Obrazec je treba predložiti ustanovi, ki nudi zdravljenje;  
v **Združenem kraljestvu**, zdravstvena služba (zdravnik, zobozdravnik, bolnišnica itn.), ki nudi zdravljenje;  
na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni inštitut za socialno varnost), Reykjavik;  
v **Lihtenštajnu** "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;  
na **Norveškem**: "lokale Trygdekontor" (lokalni zavarovalni urad);  
v **Švici**, "Institution commune LAMal - Instituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn; obrazec je treba predložiti zdravniku ali bolnišnici, ki nudi zdravljenje.

### OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolnjuje obrazec: BE = Belgija; CZ = Češka; DK = Danska; DE = Nemčija; EE = Estonija; GR = Grčija; ES = Španija; FR = Francija; IE = Irska; IT = Italija; CY = Ciper; LV = Latvija; LT = Litva; LU = Luksemburg; HU = Madžarska; MT = Malta; NL = Nizozemska; AT = Avstrija; PL = Poljska; PT = Portugalska; SI = Slovenija; SK = Slovaška; FI = Finska; SE = Švedska; UK = Združeno kraljestvo; IS = Islandija; LI = Lihtenštajn; NO = Norveška; CH = Švica.
- (<sup>2</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>3</sup>) Navedite vsa imena v vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.
- (<sup>4</sup>) Prosimo, navedite številko zavarovane osebe, če družinski član nima osebne identifikacijske številke.
- (<sup>5</sup>) Izpolnijo francoski nosilci za samozaposlene delavce v kmetijstvu.
- (<sup>6</sup>) Izpolnite, če je možno.
- (<sup>7</sup>) Ime in naslov nosilca, kamor je bilo poslano zdravniško poročilo.