

# Uradni list

## Evropske unije

L 77

Slovenska izdaja

Zakonodaja

Zvezek 49

15. marec 2006

Vsebina	I Akti, katerih objava je obvezna	
	.....	
	II Akti, katerih objava ni obvezna	
	<b>Komisija</b>	
	<b>Upravna komisija Evropskih skupnosti za socialno varnost delavcev migrantov</b>	
	2006/203/ES:	
	★ <b>Sklep št. 202 z dne 17. marca 2005 o vzorčnih obrazcih, potrebnih za uporabo uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 in E 127) <sup>(1)</sup> .....</b>	<b>1</b>

Cena: 18 EUR

<sup>(1)</sup> Besedilo velja za EGP in za Sporazum EU/Švica.

SL

Akti z rahlo natisnjenimi naslovi so tisti, ki se nanašajo na dnevno upravljanje kmetijskih zadev in so splošno veljavni za omejeno obdobje.

Naslovi vseh drugih aktov so v mastnem tisku in pred njimi stoji zvezdica.

## II

(Akti, katerih objava ni obvezna)

## KOMISIJA

UPRAVNA KOMISIJA EVROPSKIH SKUPNOSTI ZA SOCIALNO VARNOST DELAVCEV  
MIGRANTOV

## SKLEP št. 202

z dne 17. marca 2005

**o vzorčnih obrazcih, potrebnih za uporabo uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 in E 127)**

(Besedilo velja za EGP in za Sporazum EU/Švica)

(2006/203/ES)

UPRAVNA KOMISIJA ZA SOCIALNO VARNOST DELAVCEV MIGRANTOV JE –

ob upoštevanju člena 81(a) Uredbe Sveta (EGS) št. 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in za njihove družinske člane, ki se gibljejo znotraj Skupnosti <sup>(1)</sup>, po kateri je Upravna komisija dolžna obravnavati vse upravne zadeve, ki izhajajo iz Uredbe (EGS) št. 1408/71 in iz poznejših uredb,

ob upoštevanju člena 2(1) Uredbe (EGS) št. 574/72 z dne 21. marca 1972 o določitvi postopka za izvajanje Uredbe (EGS) št. 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti <sup>(2)</sup>, po katerem je Upravna komisija dolžna pripraviti vzorce dokumentov, potrebnih za izvajanje uredb,

ob upoštevanju Sklepa št. 153 z dne 7. oktobra 1993 o vzorčnih obrazcih, potrebnih za uporabo uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 001, E 103 do E 127) <sup>(3)</sup>,

ob upoštevanju Sklepa št. 164 z dne 27. novembra 1996 o vzorčnih obrazcih, potrebnih za uporabo uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 101, in E 102) <sup>(4)</sup>,

ob upoštevanju Sklepa št. 166 z dne 2. oktobra 1997 o spremembi obrazcev E 106 in E 109 <sup>(5)</sup>,

<sup>(1)</sup> UL L 149, 5.7.1971, str. 2. Uredba, kakor je bila nazadnje spremenjena z Uredbo Evropskega parlamenta in Sveta (ES) št. 647/2005 (UL L 117, 4.5.2005, str. 1).

<sup>(2)</sup> UL L 74, 27.3.1972, str. 1. Uredba, kakor je bila nazadnje spremenjena z Uredbo (ES) št. 647/2005.

<sup>(3)</sup> UL L 244, 19.9.1994, str. 22.

<sup>(4)</sup> UL L 216, 8.8.1997, str. 85.

<sup>(5)</sup> UL L 195, 11.7.1998, str. 25.

ob upoštevanju Sklepa št. 168 z dne 11. junija 1998 o spremembi obrazcev E 121 in E 127 ter ukinitvi obrazca E 122 <sup>(1)</sup>,

ob upoštevanju Sklepa št. 179 z dne 18. aprila 2000 o vzorčnih obrazcih, potrebnih za uporabo uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 111, E 111 B, E 113 do E 118 in E 125 do E 127) <sup>(2)</sup>,

ob upoštevanju Sklepa št. 185 z dne 27. junija 2002 o spremembi Sklepa št. 153 z dne 7. oktobra 1993 (obrazec E 108) <sup>(3)</sup>,

ob upoštevanju Sklepa št. 186 z dne 27. junija 2002 o vzorčnih obrazcih, potrebnih za uporabo uredb Sveta (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 (E 101) <sup>(4)</sup>,

ob upoštevanju naslednjega:

- (1) Širitev Evropske unije z dne 1. maja 2004 zahteva spremembo obrazcev E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 in E 127.
- (2) Sporazum o Evropskem gospodarskem prostoru (Sporazum EGP) z dne 2. maja 1992, dopolnjen s Protokolom z dne 17. marca 1993, Priloga VI, izvršuje uredbi (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72 v Evropskem gospodarskem prostoru.
- (3) Evropska skupnost in njene države članice ter Švicarska konfederacija so sklenile Sporazum o prostem pretoku oseb (Sporazum s Švico), ki je začel veljati 1. junija 2002. Priloga II k Sporazumu se nanaša na uredbi (EGS) št. 1408/71 in (EGS) št. 574/72.
- (4) Obrazci, ki se uporabljajo v Evropski uniji in v okviru Sporazuma EGP ter Sporazuma s Švico, morajo biti iz praktičnih razlogov enaki –

SKLENILA:

1. Vzorčni obrazec E 101 iz Sklepa št. 186 se nadomesti s priloženim vzorcem.
2. Vzorčni obrazec E 102 iz Sklepa št. 164 se nadomesti s priloženim vzorcem.
3. Vzorčni obrazec E 105 iz Sklepa št. 153 se razveljavi.

Vzorčni obrazci E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 in E 124 iz Sklepa št. 153 se nadomestijo s priloženimi vzorčnimi obrazci.

4. Vzorčna obrazca E 106 in 109 iz Sklepa št. 166 se nadomestita s priloženima vzorcema.
5. Vzorčni obrazec E 108 iz Sklepa št. 185 se nadomesti s priloženim vzorcem.
6. Vzorčni obrazci E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 in E 127 iz Sklepa št. 179 se nadomestijo s priloženimi vzorci.

---

<sup>(1)</sup> UL L 195, 11.7.1998, str. 37.

<sup>(2)</sup> UL L 54, 25.2.2002, str. 1.

<sup>(3)</sup> UL L 55, 1.3.2003, str. 74.

<sup>(4)</sup> UL L 55, 1.3.2003, str. 80.

7. Vzorčni obrazec E 121 iz Sklepa št. 168 se nadomesti s priloženim vzorcem.
8. Oznaka države, v kateri je ustanova, ki izpolnjuje obrazec, je naveden na naslednji način:  
„(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.“
9. Pristojni organi držav članic dajo zadevnim strankam na voljo obrazce, ki so skladni s priloženimi obrazci. Ti obrazci so na voljo v uradnih jezikih Skupnosti in so oblikovani tako, da so njihove različice popolnoma skladne, kar omogoča, da naslovniki prejmejo obrazec v svojem jeziku.
10. Ta sklep, ki nadomesti sklepe št. 153, 164, 166, 168, 179, 185 in 186, se objavi v *Uradnem listu Evropske unije*. Uporablja se od prvega dne meseca po objavi.

*Predsednik Upravne komisije*  
Claude EWEN

---





- Zahteva po podatkih
- Sporočanje podatkov
- Zahteva po obrazcih
- Opomnik

- zaposleno osebo
  - samozaposleno osebo
  - obmejnim delavcem
  - upokojemcem
  - vlagateljem zahtevka za pokojnino
  - brezposelno osebo
  - vzdrževancem
- v zvezi z/s

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 84

Nosilec, ki pošilja obrazec, mora izpolniti del A in poslati dva izvoda nosilcu, na katerega je obrazec naslovljen. Ta mora izpolniti del B in vrniti en izvod pošiljatelju.

Obrazec je treba uporabljati kot dopolnitev drugih obrazcev ali kot podlago za izmenjavo med nosilci, ki v obstoječih obrazcih niso predvideni. Ne sme se uporabljati namesto nekega drugega obrazca.

**Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 4 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.**

**Del A**

1.	Nosilec, na katerega je obrazec naslovljen
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
	.....
2.	Podatki o zavarovani osebi <sup>(2)</sup>
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Ime(-na) <sup>(4)</sup> : .....
2.3	Prejšnji priimek(-ki): .....
2.4	Spol <sup>(5)</sup> : .....
3.	Državljanstvo <sup>(6)</sup> : .....
4.	Rojstni podatki
4.1	Datum rojstva <sup>(7)</sup> : .....
4.2	Kraj rojstva <sup>(8)</sup> : .....
4.3	Pokrajina ali departma <sup>(9)</sup> : .....
4.4	Država <sup>(10)</sup> : .....
5.	Osebna identifikacijska številka <sup>(11)</sup>
5.1	pri nosilcu pošiljatelju: .....
5.2	pri nosilcu, na katerega je obrazec naslovljen: .....
6.	Naslov: .....
	.....
7.	Podatki o spisu
7.1	Vrsta datatve: .....
7.2	Sklicna številka spisa pri nosilcu pošiljatelju: .....
7.3	Sklicna številka spisa pri nosilcu, na katerega je obrazec naslovljen: .....
	.....

8. Vzdrževanec<sup>(12)</sup>

8.1 Priimek(-ki)<sup>(3)</sup>: .....

8.2 Ime(-na)<sup>(4)</sup>: .....

8.3 Prejšnji priimek(-ki): .....

8.4 Kraj rojstva<sup>(8)</sup>: ..... Datum rojstva: .....

8.5 Spol: ..... Državljanstvo<sup>(6)</sup>: .....

8.6 Osebna identifikacijska številka<sup>(11)</sup>: .....  
pri nosilcu pošiljatelju: .....  
pri nosilcu, na katerega je obrazec naslovljen: .....

8.7 Naslov: .....

9.  Zahtevek  Opomnik na zahtevek z dne: .....

V zvezi z osebo, imenovano v točki  2  8 prosimo, pošljite

9.1  naslednji(-e) obrazec(-ce): .....

9.2  naslednji(-e) dokument(-e): .....

9.3  naslednje podatke: .....

9.4 Razlog za zahtevek: .....

10. Spremembe okoliščin: prišlo je do naslednjih sprememb

.....

.....

.....

.....

11. Razni podatki:

.....

.....

.....

.....

12. Nosilec, ki izpolnjuje del A

12.1 Ime: .....

12.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

12.3 Naslov: .....

12.4 Žig ..... 12.5 Datum: .....

.....

12.6 Podpis: .....

.....

Del B

13.

V zvezi z vašim zahtevkom z dne ..... prilagamo:

13.1  naslednji(-e) obrazec(-ce): .....

13.2  naslednji(-e) dokument(-e): .....  
.....

13.3  naslednje podatke: .....  
.....

14.

V zvezi z vašim zahtevkom z dne .....  
vam žal ne moremo posredovati:

14.1  naslednjega(-ih) obrazca(-ev): .....

14.2  naslednjega(-ih) dokumenta(-ov): .....

14.3  naslednjih podatkov: .....

14.4  Razlogi: .....  
.....  
.....

15.

Razni podatki

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16.

V zvezi z vašim obrazcem, poslanim dne .....  
potrjujemo prejem podatkov iz točke 10.

17.

Nosilec, ki izpolnjuje del B

17.1 Ime: .....

17.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

17.3 Naslov: .....  
.....

17.4 Žig ..... 17.5 Datum: .....

17.6 Podpis: .....  
.....

## OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Vrstice 2.1 do 2.4 s podatki o zavarovani osebi je treba izpolniti, kjer je ustrezno.
- (<sup>3</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>4</sup>) Navedite vsa imena v vrstnem redu, kakor so vpisana matični register.
- (<sup>5</sup>) Vpišite "M" za moške in "Ž" za ženske.
- (<sup>6</sup>) Če je ustrezno, navedite datum sprejema v državljanstvo.  
Za španske nosilce v primeru španskih državljanov navedite številko na nacionalni osebni izkaznici (DNI), v primeru tujih državljanov pa N.I.E, v obeh primerih, če obstaja, tudi če je veljavnost osebne izkaznice že potekla. V nasprotnem primeru navedite "Je ni".
- (<sup>7</sup>) Dan in mesec morata biti izražena z dvema števčkama, leto pa s štirimi (npr. 1. avgust 1921 = 01.08.1921).
- (<sup>8</sup>) Za francoska mesta z večjim številom okrožij (*arrondissements*) prosimo navedite številko okrožja (npr. "Pariz 14"). Pri portugalskih krajih navedite tudi župnijo in lokalno upravo.
- (<sup>9</sup>) Ta podatek je obvezen za zavarovane osebe španske, francoske ali italijanske narodnosti. Glede na državo mora ta podatek vsebovati tudi ozemeljsko razdelitev kraja rojstva (na primer v Franciji, če je občina rojstva Lille, se navede departma rojstva "Sever"; kateremu sledi številka departmaja, če je zavarovani osebi znana, v tem primeru "59". Popoln podatek bi se torej glasil "Sever 59"). V primeru v Španiji rojenih oseb navedite samo pokrajino.
- (<sup>10</sup>) Oznaka države rojstva zavarovane osebe v skladu z opombo pod točko (1).
- (<sup>11</sup>) Za italijanske nosilce navedite davčno številko (codice fiscale).  
Za malteške nosilce navedite pri malteških državljanih številko osebne izkaznice, pri ostalih državljanih pa številko malteškega socialnega zavarovanja.  
Za slovaške nosilce navedite slovaško rojstno številko, če je možno.
- (<sup>12</sup>) Izpolnite, kjer je ustrezno.

**POTRDILO O ZAKONODAJI, KI SE UPORABLJA**

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 13(2)(d); člen 14(1)(a); člen 14(2)(a); člen 14(2)(b); člen 14a(1)(a), (2) in (4);  
člen 14b(1), (2) in (4); člen 14c(a); člen 14(e); člen 17  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 11(1); člen 11a(1); člen 12a(2)(a), 5(c) in 7(a); člen 12b

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 4 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.

1.	<input type="checkbox"/> Zaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba
1.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : .....	
1.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....	
1.4	Datum rojstva: .....	Državljanstvo: .....
1.5	Stalni naslov	
	Ulica: .....	Hišna št.: ..... Poštni predal: .....
	Kraj: .....	Poštna št.: ..... Država: .....
1.6	Osebna identifikacijska številka <sup>(4)</sup> : .....	

2.	<input type="checkbox"/> Delodajalec	<input type="checkbox"/> Dejavnost samozaposlene osebe
2.1	Ime ali naziv podjetja: .....	
2.2	Identifikacijska številka <sup>(5)</sup> : .....	
2.3	Delodajalec je agencija za zaposlovanje	da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
2.4	Stalni naslov	
	Telefon: .....	Telefaks: ..... E-naslov: .....
	Ulica: .....	Hišna št.: ..... Poštni predal: .....
	Kraj: .....	Poštna št.: ..... Država: .....

3.	Zgoraj navedena zavarovana oseba	
3.1	<input type="checkbox"/> je zaposlena pri zgoraj navedenem delodajalcu od .....	
	<input type="checkbox"/> opravlja dejavnost kot samozaposlena oseba od .....	
	v .....	
3.2	<input type="checkbox"/> je napotena na delo ali bo opravljala dejavnost kot samozaposlena oseba, predvidoma v obdobju	
	od ..... do .....	
3.3	<input type="checkbox"/> v spodaj navedenem(-ih) podjetju(-ih)	<input type="checkbox"/> na spodaj navedeni ladji
3.4	Ime(-na) ali naziv(i) podjetja(-ij) ali ladje(ij): .....	
3.5	Naslov(i)	
	Ulica: .....	Hišna št.: ..... Poštni predal: .....
	Kraj: .....	Poštna št.: ..... Država: .....
	Ulica: .....	Hišna št.: ..... Poštni predal: .....
	Kraj: .....	Poštna št.: ..... Država: .....
3.6	Identifikacijska številka <sup>(5)</sup> : .....	

4. Kdo izplačuje plačo in kdo plačuje prispevke za socialno varnost zaposlene osebe, napotene na delo?

4.1 Delodajalec, naveden v točki 2

4.2 Podjetje, navedeno v točki 3.4

4.3 Drugo  v tem primeru navedite ime

..... in

Naslov:

Ulica: ..... Hišna št: ..... Poštni predal: .....

Kraj: ..... Poštna št: ..... Država: .....

5. Za zavarovano osebo še naprej velja zakonodaja države:  (1)

5.1 v skladu s členom:

13(2)(d)

14(1)(a)

14(2)(a)

14(2)(b)

14a(1)(a)

14a(2)

14a(4)

14b(1)

14b(2)

14b(4)

14c(a)

14e

17

Uredbe (EGS) št. 1408/71

5.2  od ..... do .....

5.3  za obdobje opravljanja dejavnosti (glej dopis pristojnega organa ali imenovane ustanove v državi kjer je oseba zaposlena, s katerim daje zavarovani osebi pravico, da zanjo še naprej velja zakonodaja države pošiljateljice

z dne ..... zveza .....)

6. Pristojni nosilec, katerega zakonodaja se uporablja

6.1 Ime: .....

6.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

6.3 Naslov

Telefon: ..... Telefaks: ..... E-naslov: .....

Ulica: ..... Hišna št: ..... Poštni predal: .....

Kraj: ..... Poštna št: ..... Država: .....

6.4 Žig

6.5 Datum:

.....

6.6 Podpis:

.....

## NAVODILA

Imenovani nosilec države članice, katere zakonodaja velja za delavca, na zahtevo delavca ali njegovega delodajalca izpolni obrazec in ga vrne vlagatelju. Kadar je delavec napoten v Belgijo, na Dansko, v Nemčijo, Francijo, na Nizozemsko, v Avstrijo, na Finsko, Švedsko ali Islandijo, mora nosilec poslati kopijo tudi: v Belgiji: za zaposlene osebe na "Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid" (Državni urad za socialno varnost), Bruselj; za samozaposlene osebe na "Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants" (Državni zavod za socialno zavarovanje samozaposlenih), Bruselj; za pomorščake na "Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins" (Sklad za pomoč pomorščakom in njihovo socialno varnost), Antwerpen; ali v primeru državnih uradnikov na "Service des Relations internationales du Ministère des Affaires sociales" (Oddelek za mednarodne odnose, Ministrstvo za socialne zadeve); na Danskem na "Den Sociale Sikringsstyrelse" (Državna agencija za socialno varnost); v Nemčiji na "Deutsche Rentenversicherung-Bund" (Nemška zveza za pokojninsko zavarovanje), 97041 Würzburg; v Franciji na "Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (Center za evropsko in mednarodno zvezo za socialno varnost), Pariz; na Nizozemskem na "Sociale Verzekeringsbank" (Banka za socialno zavarovanje), Amstelveen; v Avstriji na "Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger" (Glavno združenje ustanov socialnega zavarovanja Avstrije); na Finskem na "Eläketurvakeskus" (Osrednji zavod za pokojninsko zavarovanje), Helsinki; na Švedskem na "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (Švedska agencija za socialno zavarovanje, glavna pisarna), Stockholm; na Islandiji, na "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik.

### Informacije za zavarovano osebo

Praden zapustite državo, kjer ste zavarovani, in odidete na delo v drugo državo članico, si morate zagotoviti dokumente, na podlagi katerih boste v tej državi lahko uveljavljali pravico do potrebnih storitev (na primer medicinska oskrba, zdravila, bolnišnično zdravljenje itn.). Če nameravate bivati v državi, kjer delate, zaprosite vašega nosilca zdravstvenega zavarovanja za obrazec E 106 in ga čimprej predložite pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja v kraju, kjer boste delali. Če boste v kraju, kamor odhajate na delo, bivali začasno, zaprosite pri vašem nosilcu zdravstvenega zavarovanja za Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja. To kartico morate pokazati zdravstvenemu delavcu, kadar potrebujete zdravstvene storitve v času bivanja.

### Navodila za delodajalce

Država članica, ki prejme zahtevo za uporabo zgoraj navedenih členov 14(1), 14b(1) ali 17 Uredbe (EGS) št. 1408/71, mora ustrezno obvestiti zadevna delodajalca in delavca, pod katerimi pogoji lahko za napotenega delavca še naprej velja njena zakonodaja.

Delodajalec mora biti obveščen o možnosti preverjanj ves čas trajanja napotitve, s katerimi se ugotavlja, ali se ta doba ni iztekla. Takšna preverjanja so lahko še zlasti povezana s plačilom prispevkov in ohranjanjem neposrednega razmerja. Poleg tega delodajalec napotenega delavca obvesti pristojnega nosilca države pošiljateljice o kakršni koli spremembi, ki se zgodi v obdobju napotitve, še zlasti:

- če napotitve ali podaljšanja napotitve, za katero je bila vložena zahteva, ni bilo,
- če je bila napotitev prekinjena, razen če je prekinitve dela delavca za podjetje v državi zaposlitve le začasna,
- če delodajalec napotenega delavca premesti v drugo podjetje v državi zaposlitve.

V prvih dveh primerih se ta obrazec vrne pristojnemu nosilcu države pošiljateljice.

### Navodila za nosilca v kraju začasnega prebivališča

Če oseba, ki jo to zadeva, predloži ustrezen dokument (Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja ali obrazec E 106), mu bo nosilec zavarovanja v državi začasnega bivanja začasno zagotovil storitve v primeru nesreče pri delu ali poklicne bolezni. Če v takšnem primeru nosilec zahteva potrdilo E 123, mora zanj zaprositi čimprej pri spodaj navedenih ustanovah:

v **Belgiji**: v primeru poklicne bolezni zaposlene osebe, "Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten" (Sklad za poklicne bolezni), Bruselj; v primeru nesreče pri delu pa zavarovalnica, ki jo je imenoval delodajalec;

na **Češkem**: sklad zdravstvenega zavarovanja, pri katerem je zadevna oseba zavarovana;

na **Danskem**: "Arbejdsskadestyrelsen" (Državni odbor za poškodbe pri delu), Kopenhagen;

v **Nemčiji**: pristojni "Berufsgenossenschaft" (Nosilec nezgodnega zavarovanja);

v **Estoniji**: "Sotsiaalkindlustusamet" (Agencija za socialno zavarovanje), Talin;

v **Španiji**: "Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social" (Pokrajinski direktorat Državnega zavoda za socialno varnost);

na **Irskem**: "Department of Health and Children, Planning Unit, Hawkins House, Dublin 2", (Ministrstvo za zdravje in otroke, Enota za načrtovanje);

v **Italiji**: pristojni pokrajinski urad "Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL, Nacionalni zavod za zavarovanje v primeru nesreče pri delu);

v **Latviji**: "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (Državna agencija za socialno zavarovanje), Riga;

v **Litvi**: "Teritorinė ligonių kasa" (Območni sklad zdravstvenega zavarovanja);

v **Luksemburgu**: "Association d'assurance contre les accidents" (Združenje nezgodnega zavarovanja);

na **Malti**: "Diviżjoni tas-Saħħa", Triq il-Merkanti, Valletta CMR 01;

na **Nizozemskem**: pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja;

v **Avstriji**: pristojni nosilec nezgodnega zavarovanja;

na **Poljskem**: lokalna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nacionalni zdravstveni sklad);

na **Portugalskem**: "Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais" (Državni center za varstvo pred poklicnimi tveganji), Lizbona;

na **Slovaškem**: zdravstvena zavarovalnica, pri kateri je oseba zavarovana, ali Agencija za socialno zavarovanje, Bratislava;

na **Finskem**: "Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto" (Zveza zavodov za nezgodno zavarovanje), Bulevardi 28, 00120 Helsinki;

na **Švedskem**: "Försäkringskassan" (Lokalni urad za socialno zavarovanje);

v **vseh drugih državah članicah**: pristojni nosilci zdravstvenega zavarovanja;

na **Islandiji**: "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;

v **Lichtenštajnu**: "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;

na **Norveškem**: "Folketrygdkontoret for Utenlandssaker" (Nacionalni urad za socialno zavarovanje v tujini), Oslo;



v **Švici**: za zaposlene osebe: delodajalčev nosilec nezgodnega zavarovanja; za samozaposlene osebe: nosilec nezgodnega zavarovanja zadevne osebe.

Če je delavec vključen v francoski sistem socialne varnosti, je za priznanje upravičenosti do dajatev pristojen njegov zavarovalni sklad, ki morda ni sklad, ki je naveden na obrazcu E 101. Zato je treba v tem primeru pri skladu v kraju običajnega prebivališča delavca zaprositi za Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja ali obrazec ali E 123.

Če je samozaposlena oseba vključena v finski ali islandski sistem socialne varnosti, je treba vedno zaprositi za obrazec E 123.

Kadar delavec, ki je vključen v islandski sistem socialne varnosti, doživi nesrečo pri delu ali zboli za poklicno boleznijo, mora delodajalec o tem vedno nemudoma obvestiti pristojnega nosilca.

## OPOMBE

(<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada institucija, ki izpolni 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>) Pri delavcih, za katere velja španska zakonodaja, navedite številko socialnega zavarovanja. Za malteške nosilce navedite pri malteških državljanih številko osebne izkaznice, pri ostalih pa številko malteškega socialnega zavarovanja. Pri osebah, za katere velja poljska zakonodaja, navedite številki PESEL in NIP, ali če ti ne obstajata, serijo in številko osebne izkaznice ali potnega lista. Za slovaške nosilce navedite slovaško rojstno številko, če obstaja.

(<sup>5</sup>) Prosimo, da navedete čim več podatkov, ki so lahko v pomoč pri identifikaciji delodajalca ali podjetja samozaposlene osebe. Pri ladjah navedite ime ladje in njeno registrsko številko.

Za **Belgijo** navedite pri zaposlenih osebah številko podjetja (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer), pri samozaposlenih osebah pa številko VAT.

Za **Češko** navedite identifikacijsko številko (IČ).

Za **Dansko** navedite številko CVR.

Za **Nemčijo** navedite "Betriebsnummer des Arbeitgebers".

Za **Španijo** navedite "Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC" (številko računa za prispevke delodajalca):

Za **Francijo** navedite številko SIRET.

Za **Italijo** navedite registrsko številko podjetja, če obstaja.

Za **Luksemburg** navedite registrsko številko socialnega zavarovanja delodajalca, za samozaposlene osebe pa številko socialnega zavarovanja (CCSS).

Za **Madžarsko** navedite registrsko številko socialnega zavarovanja delodajalca, pri samozaposlenih osebah pa identifikacijsko številko zasebnega podjetja.

Za **Poljsko** navedite številko NUSP, če obstaja, ali številki NIP in REGON.

Za **Slovaško**: navedite identifikacijsko številko (IČO).

Za **Slovenijo**: navedite registrsko številko delodajalca ali samozaposlene osebe.

Pri delavcih, za katere velja **finska** zakonodaja o nesrečah pri delu, navedite ime pristojnega nosilca za primer nesreče pri delu.

Za **Norveško** navedite številko organizacije.

PODALJŠANJE OBDOBJA NAPOTITVE ALI OPRAVLJANJA DEJAVNOSTI KOT SAMOZAPOSELENA OSEBA

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 14(1)(b); člen 14a(1)(b); člen 14b(1) in (2)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 11(2) in 11a(2)

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 4 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.

A. Izpolni delodajalec ali samozaposlena oseba

1.	Pristojni organ, na katerega je obrazec naslovljen ( <sup>2</sup> )
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka organa: .....
1.3	Naslov: .....
	Telefon: ..... Telefaks: .....
	Ulica: ..... Hišna št: ..... Poštni predal: .....
	Kraj: ..... Poštna št: ..... Država: .....

2.	<input type="checkbox"/> Zaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba
2.1	Priimek(-ki) ( <sup>3</sup> ): .....	
2.2	Ime(-na) ( <sup>4</sup> ): .....	
2.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....	
2.4	Datum rojstva: .....	Državljanstvo: .....
2.5	Stalni naslov: .....	
	Ulica: ..... Hišna št: ..... Poštni predal: .....	
	Kraj: ..... Poštna št: ..... Država: .....	
2.6	Osebna identifikacijska številka ( <sup>5</sup> ): .....	

3.	Zgoraj navedena zavarovana oseba
	<input type="checkbox"/> je napotena
	<input type="checkbox"/> opravlja dejavnost kot samozaposlena oseba v skladu s členom:
3.1	<input type="checkbox"/> 14(1)(a) <input type="checkbox"/> 14a(1)(a) <input type="checkbox"/> 14b(1) <input type="checkbox"/> 14b(2) Uredbe (EGS) št. 1408/71
3.2	v obdobju od ..... do .....
3.3	<input type="checkbox"/> v spodaj navedenem(-ih) podjetju(-ih) <input type="checkbox"/> na spodaj navedeni ladji
3.4	Ime podjetja ali ladje .....
3.5	Naslov: .....
	Telefon: ..... Telefaks: .....
	Ulica: ..... Hišna št: ..... Poštni predal: .....
	Kraj: ..... Poštna št: ..... Država: .....
3.6	Identifikacijska številka ( <sup>6</sup> ): .....

4. Zavarovana oseba je imela potrdilo o zakonodaji, ki se uporablja (obrazec E 101),

4.1 ki ga je izdal naslednji nosilec:

Ime: .....

Ulica: .....

Hišna št: .....

Poštni predal: .....

Kraj: .....

Poštna št: .....

Država: .....

4.2 dne ..... in poteče dne: .....

5. Prosimo, da se za zavarovano osebo še naprej uporablja zakonodaja države<sup>(1)</sup>

5.1 za obdobje od ..... do .....<sup>(7)</sup>

6.  Delodajalec

Dejavnost samozaposlene osebe

6.1 Ime delodajalca ali podjetja:

.....

6.2 Identifikacijska številka<sup>(6)</sup>

.....

6.3 Naslov: .....

Telefon: .....

Telefaks: .....

Ulica: .....

Hišna št: .....

Poštni predal: .....

Kraj: .....

Poštna št: .....

Država: .....

6.4 Žig

6.5 Datum:

.....

6.6 Podpis:

.....

## B. Izpolni pristojni organ ali imenovana ustanova države zaposlitve<sup>(8)</sup>

7. Izjavljamo, da:

7.1  soglašamo

ne soglašamo

da se za zavarovano osebo, navedeno v točki 2, še naprej uporablja zakonodaja o socialni varnosti države

 <sup>(1)</sup>

7.2 za obdobje od ..... do .....

8. Pristojni organ ali imenovana ustanova v državi zaposlitve

8.1 Ime:

.....

8.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

8.3 Naslov: .....

Telefon: .....

Telefaks: .....

Ulica: .....

Hišna št: .....

Poštni predal: .....

Kraj: .....

Poštna št: .....

Država: .....

8.4 Žig

8.5 Datum:

.....

8.6 Podpis:

.....

## NAVODILA

## Informacije za delodajalca ali samozaposleno osebo:

- (a) Delodajalec ali samozaposlena oseba mora izpolniti del A obrazca in ga v 4 izvodih poslati pristojnemu organu ali imenovani ustanovi v državi, kamor je delavec napoten ali kjer opravlja dejavnost kot samozaposlena oseba, ki je:
- v **Belgiji**: za zaposlene osebe: "Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid" (državni urad za socialno varnost); za samozaposlene osebe: "Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen" (državni zavod za socialno varnost za samozaposlene) v Bruslju; za pomorščake pa: "Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/de Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden" v Antwerpnu;
  - na **Češkem**: "Česká správa sociálního zabezpečení" (Češka uprava za socialno varnost) v Pragi;
  - na **Danskem**: "Den Sociale Sikringsstyrelse" (Državna agencija za socialno varnost) v Kopenhagenu;
  - v **Nemčiji**: "Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland", (Nemška zvezna agencija za zdravstveno zavarovanje – mednarodno) v Bonnu
  - v **Estoniji**: "Sotsiaalkindlustusamet" (Agencija za socialno zavarovanje) v Talinu;
  - v **Grčiji**: za zaposlene osebe, območna ali krajevna izpostava Zavoda za socialno zavarovanje (Social Insurance Institute IKA-ETAM); za pomorščake, "Pokojninski sklad za pomorščake" (Seamen's Pension Fund, NAT); za samozaposlene osebe, nosilec, ki je pristojen za vsako poklicno kategorijo v skladu s Prilogo 10 – F. GRČIJA Uredbe (EGS) št. 574/72;
  - v **Španiji**: "Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales" (centralna državna blagajna za socialno varnost – Ministrstvo za delo in socialne zadeve) v Madridu;
  - v **Franciji**: "Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)" (Center za evropsko in mednarodno zvezo socialne varnosti);
  - na **Irskem**: "Department of Social and Family Affairs, PRSI Special Collection Section, Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford (Ministrstvo za socialne zadeve in družino);
  - v **Italiji**: "Ministero del Lavoro e della Politiche Sociali" (Ministrstvo za delo in socialno politiko) v Rimu;
  - v **Latviji**: "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (Državna agencija za socialno zavarovanje);
  - v **Litvi**: na "Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba" (državni urad za socialno zavarovanje);
  - v **Luksemburgu**: "Centre commun de la sécurité sociale" (Skupni center za socialno varnost) v Luxembourggu;
  - na **Madžarskem**: "Országos Egészségbiztosítási Pénztár" (državni sklad zdravstvenega zavarovanja) v Budimpešti;
  - na **Malti**: "Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali" (Ministrstvo za socialno varnost), 38, Triq l-Ordinanza, Valletta, CMR 01;
  - na **Nizozemskem**: "Sociale Verzekeringsbank" (banka za socialno zavarovanje) v Amstelveenu;
  - v **Avstriji**: "Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen- und Konsumentenschutz" (Zvezno ministrstvo za socialno varnost, zaščito generacij in potrošnikov) na Dunaju;
  - na **Poljskem**: "Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)" (Zavod za socialno zavarovanje) v Varšavi;
  - na **Portugalskem**: za kontinentalno Portugalsko, "Departamento de Relações Internacionais de Segurança Social" (Oddelek za mednarodne odnose in socialno varnost) v Lizboni; za Madeiro, "Secretario Regional dos Assuntos Sociais" (Območni sekretariat za socialne zadeve) v Funchalu; za Azore: "Direcção Regional de Segurança Social" (regionalni direktorat za socialno varnost), Angra do Heroísmo;
  - v **Sloveniji**: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve v Ljubljani;
  - na **Slovaškem**: "Sociálna poisťovňa" (Agencija za socialno zavarovanje) v Bratislavi;
  - na **Finskem**: "Eläketurvakeskus" (Osrednji zavod za pokojnine) v Helsinkih;
  - na **Švedskem**: "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (Švedska agencija za socialno zavarovanje, glavna uprava) v Stockholmu;
  - v **Združenem kraljestvu**: "Inland Revenue, Centre for Non-Residents, Benton Park View", (Uprava za notranje prihodke, Center za nerezidente), Benton Park View, Newcastle-Upon-Tyne, NE98 1ZZ;
  - na **Islandiji**: "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost) v Reykjaviku;
  - v **Lihtenštajnu**: "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo) v Vaduzu;
  - na **Norveškem**: "Folketrygdkontoret for utenlandssaker" (nacionalni zavarovalni urad za socialno zavarovanje v tujini) v Oslu;
  - v **Švici**: kateri koli "Caisse de Compensation AVS" (sklad za starostno in družinsko zavarovanje), ki bi bil pristojen za zaposlene in samozaposlene delavce ob uporabi švicarske zakonodaje.
- (b) Dva izvoda obrazca z izpolnjenim delom B bosta poslana delodajalcu oziroma samozaposleni osebi. Enega teh dveh izvodov bo delodajalec poslal zaposleni osebi.
- (c) Država članica, ki prejme zahtevo za uporabo zgoraj navedenih členov 14(1) ali 14b(1) Uredbe (EGS) št. 1408/71, ustrezno obvesti zadevna delodajalca in delavca, pod katerimi pogoji lahko za napotenega delavca še naprej velja njena zakonodaja.
- Delodajalec je s tem obveščen o možnosti preverjanj ves čas trajanja napotitve, s katerimi se ugotavlja, ali se ta doba ni iztekla. Takšna preverjanja se lahko še zlasti nanašajo na plačilo prispevkov in ohranjanje neposrednega razmerja.

Poleg tega delodajalec napotnega delavca obvesti pristojnega nosilca države pošiljateljice o kakršni koli spremembi, ki se zgodi v obdobju napotitve, še zlasti:

- če napotitve ali podaljšanja napotitve, za katera je bila podana zahteva, ni bilo,
- če je bila napotitev prekinjena, razen če je prekinitev dela delavca za podjetje v državi zaposlitve le začasna,
- če je delodajalec napotnega delavca premestil v drugo podjetje v državi zaposlitve.

V prvih dveh primerih se ta obrazec vrne pristojnemu nosilcu države pošiljateljice.

#### OPOMBE

- (1) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni obrazec: BE = Belgija; CZ = Češka republika; 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.
- (2) Glej navodila pod točko (a) "**Informacije za delodajalca ali samozaposleno osebo**".
- (3) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (4) Navedite vsa imena v vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.  
 Pri delavcih, za katere velja **belgijska** zakonodaja, navedite številko socialnega zavarovanja (NISS).  
 Pri delavcih, za katere velja **češka** zakonodaja, navedite češko rojstno številko.  
 Pri delavcih, za katere velja **danska** zakonodaja, navedite številko CPR.  
 Pri delavcih, za katere velja **španska** zakonodaja, navedite številko socialnega zavarovanja.  
 Pri delavcih, za katere velja **italijanska** zakonodaja, navedite italijansko davčno številko.  
 Pri delavcih, za katere velja **litovska** zakonodaja, navedite nacionalno registrsko številko in številko potrdila o nacionalnem socialnem zavarovanju.  
 Pri delavcih, za katere velja **luksemburška** zakonodaja, navedite številko socialnega zavarovanja delavca (CCSS).  
 Pri delavcih, za katere velja **malteška** zakonodaja, navedite številko malteškega socialnega zavarovanja.  
 Pri delavcih, za katere velja **nizozemska** zakonodaja, navedite številko SOFI.  
 Pri delavcih, za katere velja **poljska** zakonodaja, navedite številki PESEL in NIP, ali če ti ne obstajata, serijo in številko osebne izkaznice ali potnega lista.  
 Pri delavcih, za katere velja **slovenska** zakonodaja, navedite ZZZS številko.  
 Pri delavcih, za katere velja **slovaška** zakonodaja, navedite slovaško rojstno številko.
- (5) Prosimo, da navedete čim več podatkov, ki so lahko v pomoč pri identifikaciji delodajalca ali podjetja samozaposlene osebe.  
 Pri ladjah navedite ime ladje in njeno registrsko številko.  
 Za **Belgijo** navedite pri zaposlenih osebah številko podjetja (numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer), pri samozaposlenih osebah pa številko DDV (VAT).  
 Za **Češko** navedite identifikacijsko številko (IČ).  
 Za **Dansko** navedite številko CVR.  
 Za **Nemčijo** navedite "Betriebsnummer des Arbeitgebers".  
 Za **Španijo** navedite "Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC" (številko računa za prispevke delodajalca).  
 Za **Francijo** navedite številko SIRET.  
 Za **Luksemburg** navedite registrsko številko socialnega zavarovanja delodajalca, za samozaposlene osebe pa številko socialnega zavarovanja (CCSS).  
 Za **Madžarsko** navedite registrsko številko socialnega zavarovanja delodajalca, za samozaposlene osebe pa identifikacijsko številko zasebnega podjetja.  
 Za **Malto** v primeru malteških državljanov navedite številko osebne izkaznice, v primeru ostalih državljanov pa številko malteškega socialnega zavarovanja.  
 Za **Poljsko** navedite pri točki 3.6 številko NUSP, če obstaja, ali številki NIP in REGON; pri točki 6.2 pa številki PESEL in NIP, ali če ti ne obstajata, serijo in številko osebne izkaznice ali potnega lista.  
 Za **Slovenijo** navedite registrsko številko delodajalca ali samozaposlene osebe.  
 Za **Slovaško** navedite identifikacijsko številko podjetja (IČO).  
 Pri delavcih, za katere velja **finska** zakonodaja o nesrečah pri delu, navedite ime pristojnega nosilca nezgodnega zavarovanja.  
 Za **Norveško** navedite številko organizacije.
- (6) To obdobje ne sme biti daljše od 24 mesecev od datuma začetka napotitve ali opravljanja dejavnosti samozaposlene osebe.
- (7) Dva izvoda je treba vrniti vlagatelju zahtevka, en izvod pa poslati imenovanemu nosilcu v državi, kjer je sedež podjetja.

**UVELJAVLJANJE PRAVICE DO IZBIRE**

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 16(2) in (3)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 13(2) in (3); člen 14(1) in (2)

Zavarovana oseba mora v skladu s točkama (a) in (b) navodil izpolniti del A obrazca in ga izročiti ali poslati v skladu s točkama (a) in (c) navodil. Nosilec, ki prejme obrazec, mora izpolniti del B in en izvod vrniti zavarovani osebi.

**Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami (v treh izvodih) in pišete le na označena polja.  
Obrazec obsega 3 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.**

**A. Izbira**

1.	Podpisani
1.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....
1.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : .....
1.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
1.4	Datum rojstva: .....
1.5	Državljanstvo: .....
1.6	Osebna identifikacijska številka <sup>(4)</sup> : .....

2. Zaposlen od: .....

2.1<sup>(4)</sup>  kot: ..... v diplomatskem predstavništvu ali konzulatu  
v nadaljnjem besedilu: .....

2.2<sup>(4)</sup>  kot: .....  
pri zasebnem osebju naslednjega delodajalca<sup>(5)</sup>: .....  
zastopnik diplomatskega predstavništva ali konzulata, v nadaljnjem besedilu: .....

2.3  kot član pomožnega osebja Evropskih skupnosti,

3. se odločam, da zame velja zakonodaja o socialni varnosti

3.1 <sup>(6)</sup>  države članice, katere državljan sem

3.2 <sup>(6)</sup>  države članice, katere zakonodaja je zame nazadnje veljala, in sicer zakonodaja

- |                                      |                                       |                                   |                                      |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Belgije     | <input type="checkbox"/> Češke        | <input type="checkbox"/> Danske   | <input type="checkbox"/> Nemčije     | <input type="checkbox"/> Estonije              |
| <input type="checkbox"/> Grčije      | <input type="checkbox"/> Španije      | <input type="checkbox"/> Francije | <input type="checkbox"/> Irske       | <input type="checkbox"/> Italije               |
| <input type="checkbox"/> Cipra       | <input type="checkbox"/> Latvije      | <input type="checkbox"/> Litve    | <input type="checkbox"/> Luksemburga | <input type="checkbox"/> Madžarske             |
| <input type="checkbox"/> Malte       | <input type="checkbox"/> Nizozemske   | <input type="checkbox"/> Avstrije | <input type="checkbox"/> Poljske     | <input type="checkbox"/> Slovenije             |
| <input type="checkbox"/> Portugalske | <input type="checkbox"/> Slovaške     | <input type="checkbox"/> Finske   | <input type="checkbox"/> Švedske     | <input type="checkbox"/> Združenega kraljestva |
| <input type="checkbox"/> Islandije   | <input type="checkbox"/> Lihtenštajna | <input type="checkbox"/> Norveške | <input type="checkbox"/> Švice       |  |

4. Kraj in datum: .....

5. Podpis: .....

6.	Organ Evropskih skupnosti, ki je sklenil pogodbo s članom pomožnega osebja
6.1	Ime: .....
6.2	Naslov: .....
6.3	Žig
6.4	Datum: .....
6.5	Podpis: .....

**B. Izjava**7. Za osebo, navedeno v točki 1, velja zakonodaja<sup>(6)</sup>

- |                                    |                                       |                                   |                                      |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Belgije   | <input type="checkbox"/> Češke        | <input type="checkbox"/> Danske   | <input type="checkbox"/> Nemčije     | <input type="checkbox"/> Estonije              |
| <input type="checkbox"/> Grčije    | <input type="checkbox"/> Španije      | <input type="checkbox"/> Francije | <input type="checkbox"/> Irske       | <input type="checkbox"/> Italije               |
| <input type="checkbox"/> Cipra     | <input type="checkbox"/> Latvije      | <input type="checkbox"/> Litve    | <input type="checkbox"/> Luksemburga | <input type="checkbox"/> Madžarske             |
| <input type="checkbox"/> Malte     | <input type="checkbox"/> Nizozemske   | <input type="checkbox"/> Avstrije | <input type="checkbox"/> Poljske     | <input type="checkbox"/> Portugalske           |
| <input type="checkbox"/> Slovenije | <input type="checkbox"/> Slovaške     | <input type="checkbox"/> Finske   | <input type="checkbox"/> Švedske     | <input type="checkbox"/> Združenega kraljestva |
| <input type="checkbox"/> Islandije | <input type="checkbox"/> Lihtenštajna | <input type="checkbox"/> Norveške | <input type="checkbox"/> Švice       |  |

7.1 od dne: .....

7.2 za obdobje zaposlitve, navedene v delu A tega obrazca<sup>(7)</sup>

8. Nosilec, ki ga imenuje pristojni organ

8.1 Ime: .....

8.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

8.3 Naslov: .....

8.4 Žig

8.5 Datum: .....

8.6 Podpis: .....

**Za osebe diplomatskih predstavništev ali konzulatov in njihovo zasebno gospodinjsko osebje**(a) *Ko izpolnite del A obrazca, razen točke 6, en izvod obrazca izročite svojemu delodajalcu, dva izvoda pa pošljite nosilcu, ki ga imenuje pristojni organ države članice, za katere zakonodajo ste se odločili, in sicer:**v Belgiji: "Office national de sécurité sociale" (Državni urad za socialno varnost), Bruselj;**na Češkem: "Česká správa sociálního zabezpečení" (Češka uprava za socialno varnost), Praga;**na Danskem: "Den Sociale Sikringsstyrelse" (Državna agencija za socialno varnost), Kopenhagen;**v Nemčiji: urad v Bonnu "Krankenkasse" (bolniška blagajna), ki jo izbere zavarovana oseba;**v Estoniji: "Sotsiaalkindlustusamet" (Agencija za socialno zavarovanje), Talin;**v Grčiji: območna ali krajevna izpostava Zavoda za socialno zavarovanje (IKA);**v Španiji: "Tesorería General de la Seguridad Social – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social" (Centralna blagajna za socialno varnost – Ministrstvo za delo in socialno varnost), Madrid,**v Franciji: "Caisse primaire d'assurance maladie" (sklad zdravstvenega zavarovanja), Pariz;**na Irskem: "Department of Social and Family Affairs" (Ministrstvo za socialne zadeve in družino), Dublin;**v Italiji: pristojni lokalni urad "Istituto nazionale della previdenza sociale INPS" (Nacionalni zavod za socialno skrbstvo);**na Cipru: "Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων" (Oddelek za socialno zavarovanje, Ministrstvo za delo in socialno zavarovanje), 1465 Nikosia;**v Latviji: "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (državna agencija za socialno zavarovanje);**v Litvi: "Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba" (Svet sklada za nacionalno socialno varnost), Vilna;**v Luksemburgu: "Centre commun de la sécurité sociale" (Skupni center za socialno varnost), Luxembourg;**na Madžarskem: "Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (Regionalni sklad zdravstvenega zavarovanja za Pest in glavno mesto), Budimpešta,**na Malti: "Dipartiment tas-Sigurtà Soċjali" (Ministrstvo za socialno varnost), Valletta;**na Nizozemskem: "Sociale Verzekeringsbank" (Banka za socialno zavarovanje), Amstelveen,**v Avstriji: pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja;**na Poljskem: "Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS" (Zavod za socialno zavarovanje), Varšava;**na Portugalskem: "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Oddelek za mednarodne odnose in konvencije o socialni varnosti), Lizbona;**v Sloveniji: pristojna območna enota "Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)";**na Slovaškem: "Sociálna poisťovňa" (Agencija za socialno zavarovanje), Bratislava;**na Finskem: "Eläketurvakeskus" (Finski center za pokojnine), Helsinki;**na Švedskem: "Försäkringskassan, Huvudkontoret" (Švedska agencija za socialno zavarovanje, glavna uprava), Stockholm;**v Združenem Kraljestvu: "Inland Revenue Centre for Non-Residents" (Uprava za notranje prihodke, Center za nerezidente), Benton Park View, Newcastle Upon Tyne, NE98 1ZZ;**na Islandiji: "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;*

v **Lihtenštajnu**: "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;  
 na **Norveškem**: "Folketrygdkontoret for utenlandssaker" (Nacionalni zavarovalni zavod za socialno zavarovanje v tujini), Oslo;  
 v **Švici**: "Caisse fédérale de compensation" (Zvezni sklad za kompenzacije), Bern.

#### Za organ Evropskih skupnosti, ki je pooblaščen za sklepanje pogodb o zaposlitvi za pomožno osebje

- (b) Če želi oseba, zaposlena kot član pomožnega osebja, uveljaviti pravico do izbire, mora pooblaščen organ Evropskih skupnosti zagotoviti, da ta oseba izpolni del A obrazca, razen točke 6, ki jo izpolni navedeni organ sam.
- (c) Dva izvoda obrazca je treba poslati nosilcu, ki ga imenuje pristojni organ tiste države članice, za katere zakonodajo se je oseba odločila (glej točko (a) zgoraj).

#### OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Pri delavcih, za katere velja belgijska zakonodaja, navedite nacionalno registrsko številko.  
 Pri delavcih, za katere velja španska zakonodaja, navedite številko socialnega zavarovanja.  
 Pri delavcih, za katere velja malteška zakonodaja, pri malteških državljanih navedite številko osebne izkaznice, pri ostalih državljanih pa številko malteškega socialnega zavarovanja.  
 Pri delavcih, za katere velja slovaška zakonodaja, navedite slovaško rojstno številko, če obstaja.  
 Pri delavcih, za katere velja poljska zakonodaja, navedite številke PESEL in NIP, ali, če ti ne obstajata, serijo in številko osebne izkaznice ali potnega lista.
- (<sup>5</sup>) Navedite priimke in imena delodajalca.
- (<sup>6</sup>) S križcem označite okvirček pred ustrezno državo. Bodite pozorni na dejstvo, da se lahko delavci, zaposleni na diplomatskih predstavništvih ali konzulatih, in člani zasebnega gospodinjstva osebja zastopnikov takih predstavništev ali konzulatov odločijo samo za zakonodajo o socialni varnosti države članice, katere državljani so.
- (<sup>7</sup>) Delavci, zaposleni na diplomatskih predstavništvih ali konzulatih, in člani zasebnega gospodinjstva osebja zastopnikov takih predstavništev ali konzulatov lahko uveljavljajo pravico do izbire ob koncu vsakega koledarskega leta.





POTRDILO O SEŠTEVANJU ZAVAROVALNIH DOB, DOB ZAPOSLOTITVE ALI DOB PREBIVANJA

Bolezen – materinstvo – smrt (dajatve ob smrti) – invalidnost

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 9(2); člen 18(1); člen 38(1); člen 64  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 6(2); člen 16; člen 39(1) in (2); člen 79

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in poslati dva izvoda nosilcu države članice, katere zakonodaja je nazadnje veljala za zadevno osebo. Ta nosilec mora izpolniti del B in obrazec vrniti nosilcu, od katerega ga je prejel. Če se obrazec izda na zahtevo zadevne osebe, mora nosilec, ki izda obrazec, izpolniti del A.2 in B ter ga izročiti ali poslati zadevni osebi.

**Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 3 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.**

Del A

1.	Nosilec, na katerega je obrazec naslovljen
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
2.	Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
2.3	Prejšnja(-i) ime(-na) in priimek(-ki): .....
2.4	Osebna identifikacijska številka: .....
2.5	Od datuma, navedenega v točki 3.1, je zavarovana oseba opravljala poklic kot: <input type="checkbox"/> zaposlena oseba <input type="checkbox"/> samozaposlena oseba v <sup>(4)</sup> .....
2.6	<input type="checkbox"/> ime zadnjega delodajalca <input type="checkbox"/> zadnja zaposlitev kot samozaposlena oseba .....
	Naslov: .....
2.7	<input type="checkbox"/> Prejšnji delodajalci: [ime in naslov] .....
	<input type="checkbox"/> Prejšnje zaposlitve kot samozaposlena oseba: .....

3. V zvezi z zahtevkom, ki ga je predložila zgoraj navedena zavarovana oseba, navedite njene izpolnjene zavarovalne dobe, dobe zaposlitve ali dobe prebivanja

3.1 od .....

3.2 v skladu z zakonodajo vaše države, za primer:

boleznih in materinstva <sup>(5)</sup>                       smrti (dajatve ob smrti)                       invalidnosti <sup>(6)</sup>

4. Pristojni nosilec

4.1 Ime: .....

4.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

4.3 Naslov: .....

4.4 Žig

4.5 Datum: .....

4.6 Podpis: .....

**Del B**

5. Oseba, navedena v točki 2,

5.1  je bila zavarovana za primer bolezni in materinstva od datuma navedenega v točki 3.1<sup>(7)</sup>

5.2  je izpolnila od .....

6. naslednje zavarovalne dobe ali dobe zaposlitve za naslednje datatve:  <sup>(5)</sup>

6.1 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.2 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.3 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.4 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.5 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.6 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.7 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.8 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.9 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

6.10 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7. naslednje dobe prebivanja:

7.1 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.2 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.3 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.4 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.5 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.6 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.7 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.8 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.9 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

7.10 od ..... do ..... <sup>(8)</sup> za <sup>(9)</sup> primer .....  <sup>(10)</sup>

8. Nosilec, ki izpolni del B

8.1 Ime: .....

8.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

8.3 Naslov: .....

8.4 Žig

8.5 Datum: .....

8.6 Podpis: .....

## 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>) Navedite državo.
- (<sup>5</sup>) Samo, če je obrazec naslovljen na belgijskega, francoskega, grškega, lihtenštajnskega ali švicarskega nosilca, navedite, za kateri primer je oseba zavarovana, tako da vpišete oznako N = storitve ali F = denarna dajatve.
- (<sup>6</sup>) Za francoske ali latvijske nosilce.
- (<sup>7</sup>) Izpolnite le, če je pristojni nosilec belgijska ustanova.
- (<sup>8</sup>) Če je potrdilo namenjeno belgijskemu, češkemu, grškemu, latvijskemu, litovskemu, poljskemu ali lihtenštajnskemu nosilcu, navedite, ali je oseba dopolnila aktivno dobo kot zaposlena oseba ali samozaposlena oseba. To označite z naslednjimi oznakami: D = zaposlena oseba, I = samozaposlena oseba.  
Če je potrdilo namenjeno nemškemu, litovskemu, luksemburškemu ali poljskemu nosilcu, navedite dobe zavarovanja v točki 7, in sicer z naslednjimi oznakami: P = obvezno zavarovanje, F = prostovoljno zavarovanje.
- (<sup>9</sup>) Navedite, za kateri primer zavarovanja gre, tako da označite:  
A = bolezen in materinstvo, B = smrt (dajatve ob smrti), O = invalidnost.
- (<sup>10</sup>) Če je pristojni ciprski, nemški, irski, madžarski, avstrijski nosilec ali nosilec Združenega kraljestva, označite s križcem v tem kvadratu, če se zavarovalna doba ali doba prebivanja ujema z dobo dejanske zaposlitve, in navedite vrsto zaposlitve ali samozaposlitve.



POTRDILO O PRAVICI DO STORITEV IZ ZAVAROVANJA ZA PRIMER BOLEZNI IN MATERINSTVA ZA OSEBE,  
KI PREBIVAJO V DRŽAVI, KI NI PRISTOJNA DRŽAVA

Zaposlene in samozaposlene osebe ter njihovi družinski člani, ki prebivajo z njimi;  
družinski člani brezposelnih oseb

Uredba (EGS) št. 1408/71; člen 19(1)(a); člen 19(2); člen 25(3)(i)

Uredba (EGS) št. 574/72; člen 17(1) in (4); člen 27 (prvi stavek)

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in poslati dva izvoda zavarovani osebi ali, kadar je to potrebno, prek organa za zvezo nosilcu v kraju stalnega prebivališča, če se obrazec izpolni na zahtevo tega nosilca. Ta mora takoj po prejemu obeh izvodov izpolniti del B in en izvod poslati pristojnemu nosilcu.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 4 strani,  
od katerih ne sme nobena manjkati.

A. Obvestilo o pravici

1.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča <sup>(2)</sup>
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
1.4	Zveza: vaš obrazec E 107 z dne .....

2.	Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Ime(-na) <sup>(4)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
2.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
2.4	Naslov v državi stalnega prebivališča: .....
2.5	Osebna identifikacijska številka: .....
2.6	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je zaposlena oseba
2.7	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je samozaposlena oseba
2.8	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je obmejni delavec (zaposlen)
2.9	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je obmejni delavec (samozaposlen)
2.10	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je brezposelni delavec

3.	Družinski član <sup>(5)</sup>
3.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Ime(-na) <sup>(4)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
3.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
3.4	Naslov v državi stalnega prebivališča: .....
3.5	Osebna identifikacijska številka: .....

4.1  Zgoraj navedena zavarovana oseba in družinski člani<sup>(6)</sup>, ki prebivajo z njo

4.2  Družinski člani<sup>(6)</sup> zgoraj navedene brezposelne osebe

5. so upravičeni do storitev iz zavarovanja za primer bolezni in materinstva  
od dne .....

6. Zadevne osebe bodo upravičene do storitev

6.1  do preklica tega potrdila

6.2  v obdobju enega leta od datuma, navedenega v točki 5<sup>(7)</sup>

6.3  do vključno<sup>(8)</sup> .....

7. Pristojni nosilec zavarovanja za primer bolezni in materinstva

7.1 Ime: .....

7.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

7.3 Naslov: .....

7.4 Žig 7.5 Datum: .....

7.6 Podpis: .....

**B. Obvestilo o prijavi<sup>(9)</sup>**

8.

8.1  Zavarovano osebo, navedeno v točki 2, in njene družinske člane

8.2  Družinske člane brezposelne osebe, navedene v točki 3,

8.3  smo prijavili dne .....

8.4  ne moremo prijaviti, ker .....

9.

9.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup>	Ime(-na) <sup>(4)</sup>	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na)	Datum rojstva	Osebna identifikacijska številka
9.2	.....	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....	.....

10. Nosilec v kraju stalnega prebivališča

10.1 Ime: .....

10.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

10.3 Naslov: .....

10.4 Žig 10.5 Datum: .....

10.6 Podpis: .....

## Informacije za zavarovano osebo

- (a) S tem obrazcem vi in vaši družinski člani pridobite pravico do storitev iz zavarovanja za primer bolezni in materinstva. Če ste brezposelni, ta obrazec ni namenjen vam; temveč le vašim družinskim članom, ki prebivajo v državi članici, ki ni tista, v kateri ste zavarovani.
- (b) Dva izvoda obrazca, s katerima razpolagate, morate čimprej predložiti nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva v kraju vašega stalnega prebivališča. Če ste brezposelni, morajo obrazec nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva predložiti vaši družinski člani v kraju njihovega stalnega prebivališča.
- (c) Nosilci zavarovanja za primer bolezni in materinstva so:
- v **Belgiji**, "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;
  - na **Češkem**, "Zdravotní pojišťovna", sklad zdravstvenega zavarovanja v kraju stalnega prebivališča;
  - na **Danskem**, občinska uprava v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Nemčiji**, "Krankenkasse" (bolniška blagajna), ki jo izbere zadevna oseba;
  - v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Estonski sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - v **Grčiji**, običajno območna ali krajevna izpostava Zavoda za socialno zavarovanje (IKA); Izpostava mora zadevni osebi izdati "zdravstveno knjižico", brez katere storitve ji ne morejo biti zagotovljene;
  - v **Španiji**, "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Deželni direktorat državnega zavoda za socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča. Če potrebujete storitve, se lahko obrnete na zdravstveno službo in bolnišnice, ki so vključene v španski zdravstveni sistem socialne varnosti. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;
  - v **Franciji**, "Caisse primaire d'assurance-maladie" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - na **Irskem**, krajevni zdravstveni urad Izvršnega odbora za zdravstvo (Health Service Executive);
  - v **Italiji**, običajno "Azienda sanitaria locale" (ASL, krajevna zdravstvena upravna enota), pristojna za zadevno območje. Za pomorščake in posadke civilnih letal, "Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea" (Ministrstvo za zdravstvo, Zdravstveni urad za mornarico ali letalstvo);
  - na **Cipru**, "Υπουργείο Υγείας" (Ministry of Health, 1448 Nikozija), na podlagi prijave bo zadevna oseba prejela ciprsko zdravstveno kartico, brez katere ji pri vladnih zdravstvenih ustanovah storitve ne morejo biti zagotovljene;
  - 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**, pristojni "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (krajevni urad za zdravstveno zavarovanje);
  - na **Malti**, "Entitlement Unit, Ministry of Health" (Oddelek za pravice, Ministrstvo za zdravje), 23, John Street, Valletta;
  - na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (Območni sklad za zdravstveno zavarovanje), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Poljskem**, območna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (nacionalni zdravstveni sklad), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**: "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Območni center za solidarnost in socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča; za **Madeiro**, "Centro de Segurança Social da Madeira" (Center za socialno varnost Madeira), Funchal; za **Azore**: "Centro de Prestações Pecuniárias" (Center za denarna nadomestila) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Sloveniji**, pristojna območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS);
  - na **Slovaškem**, "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;
  - na **Finskem**, lokalna izpostava "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje);
  - na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (krajevni urad za socialno zavarovanje) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Združenem kraljestvu**, "Department for Work and Pensions, the Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; ali za Severno Irsko "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (Ministrstvo za socialni razvoj, izpostava za prekomorske dajatve), Block 2, Castle Buildings, Belfast;
  - na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni inštitut za socialno varnost), Reykjavik;
  - v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;
  - na **Norveškem**, "lokale trygdekontor" (krajevni zavarovalni urad) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Švici**, "Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn.
- (d) Ta obrazec je veljaven od datuma, navedenega v točki 5, za obdobje, označeno s križcem v ustreznem kvadratu v točki 6.
- (e) Vi ali vaši družinski člani morate/morajo nosilca zavarovanja, kateremu ste poslali obrazec, obvestiti o katerih koli spremembah, ki bi lahko vplivale na pravico do storitev, kot je prenehanje ali sprememba zaposlitve, sprememba vašega stalnega ali začasnega prebivališča oziroma stalnega ali začasnega prebivališča vašega družinskega člana.



## OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada ustanova, ki izpolni obrazec: B= 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>) Izpolnite samo v primeru, da je obrazec izdan na zahtevo nosilca v kraju stalnega prebivališča.
- (<sup>3</sup>) Navedite priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>4</sup>) Navedite imena v vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.
- (<sup>5</sup>) Izpolnite le, če se obrazec nanaša na družinske člane brezposelne osebe. Navedite enega družinskega člana le za prijavo, saj zakonodaja države stalnega prebivališča določa, kateri družinski člani so upravičeni do storitev.
- (<sup>6</sup>) Zakonodaja države stalnega prebivališča določa, kateri družinski člani so upravičeni do storitev.
- (<sup>7</sup>) Če izda obrazec nemški, francoski, italijanski ali portugalski nosilec.
- (<sup>8</sup>) Če obrazec izda nosilec za zaposlene ali samozaposlene osebe Grčije, Madžarske ali Združenega kraljestva.
- (<sup>9</sup>) Če se obrazec izda za podaljšanje predhodno izdanega potrdila, ni treba izpolniti dela B.
-

PROŠNJA ZA IZDAJO POTRDILA O PRAVICI DO STORITEV

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 19(1)(a); člen 19(2); člen 22(1)(a)(i), (b)(i) in (c)(i); člen 22(3); člen 25(1)(a) in 3(i); člen 26(1); člen 28(1)(a);  
člen 29(1)(a); člen 31(a); člen 52(a); člen 55(1)(a)(i), (b)(i) in (c)(i);  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 17(1); člen 21(1); člen 22(1) in (3); člen 23; prvi stavek člena 27; člen 28; člen 29(1) in (2); člen 30(1); člen 31(1)  
in (3); člen 60(1); člen 62(3), (4) in (7); člen 63(1) in (3)

Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča mora izpolniti del A in poslati dva izvoda obrazca pristojnemu nosilcu, upoštevaje določbe zgoraj navedenih členov Uredbe (EGS) št. 574/72. Če ta nosilec meni, da ne more poslati zahtevanega obrazca, mora izpolniti del B in vrniti enega od dveh izvodov nosilcu, od katerega jih je prejel. Če je pristojna država Belgija, je treba poslati obrazec nosilcu zdravstvenega zavarovanja, razen kadar gre za nesrečo pri delu, ki je bila dokazana, ali bolezen, ki je priznana kot poklicna bolezen.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega 4 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.

A. Izpolni nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča

1.	Nosilec, na katerega je obrazec naslovljen
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....

2.	<input type="checkbox"/> Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
2.3	Prejšnja(-i) ime(-na) in priimek(-ki): .....
2.4	Naslov: .....
2.5	Osebna identifikacijska številka <sup>(4)</sup> : .....
2.6	<input type="checkbox"/> Upravičenec do ..... <input type="checkbox"/> Vlagatelj zahtevka za pokojnine iz naslova <input type="checkbox"/> starosti ..... <input type="checkbox"/> invalidnosti ..... <input type="checkbox"/> preživelih družinskih članov <input type="checkbox"/> nesreče pri delu ..... <input type="checkbox"/> poklicne bolezni
2.7	Nosilec, pristojen za izplačevanje pokojnine: .....

3.	<input type="checkbox"/> Zadnji delodajalec <sup>(5)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Zadnja dejavnost samozaposlene osebe <sup>(5)</sup>
3.1	Ime: .....
3.2	Naslov: .....
3.3	Dejavnost <sup>(6)</sup> : .....
3.4	Nosilec zavarovanja za primer nesreče pri delu, pri katerem je delodajalec zavarovan <sup>(7)</sup> : .....

4.	Družinski člani <sup>(8)</sup>			
4.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup>	Ime(-na) <sup>(3)</sup>	Datum rojstva	Osebna identifikacijska številka <sup>(4)</sup>
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.2	Naslov v državi stalnega prebivališča <sup>(9)</sup> : .....			
	.....			

5. Dne ..... smo prejeli zahtevek od osebe, navedene  
 v točki 2.  v točki 4.  
 za
- 5.1  odobritev storitev  
 5.2  ohranitev pravice do storitev  
 5.3  prijavo pri nas kot osebe, upravičene do storitev
6. Storitve  so odobrene  niso odobrene  
 6.1 v skladu s členom  29(2)  60(1)  62(3) Uredbe (EGS) št. 574/72  
 6.2 Vlagatelj  ni več delal vse do danes  
 je opravljal naslednjo dejavnost:  
 .....
7. Prosimo vas, da nam pošljete potrdilo o pravici do dajatev na  
 obrazcu E .....  
 certifikatu, ki začasno nadomešča Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (če se ta lahko izda v skladu z zakonodajo pristojne države)  
 veljavnem od ..... do .....
8.  Zdravniško poročilo je priloženo<sup>(10)</sup>

9.	Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča			
9.1	Ime: .....			
9.2	Identifikacijska številka nosilca: .....			
9.3	Naslov: .....			
9.4	Žig	9.5	Datum: .....	
		9.6	Podpis: .....	

## B. Izpolni pristojni nosilec

10.

10.1  Prilagamo zgoraj navedeni obrazec. Prosimo, da nam vrnete en ustrežno izpolnjen in podpisan izvod<sup>(1)</sup>

10.2  Potrdila, ki ga zahtevate v delu A, ne moremo izdati, ker:

.....  
.....

11.

Pristojni nosilec

11.1 Ime: .....

11.2 Identifikacijska številka: .....

11.3 Naslov: .....

.....  
.....

11.4 Žig

11.5 Datum:

.....

11.6 Podpis:

.....

## OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Za italijanske nosilce navedite davčno številko (codice fiscale).  
Za malteške nosilce v primeru malteških državljanov navedite številko osebne izkaznice, pri ostalih pa številko malteškega socialnega zavarovanja.  
Za slovaške nosilce navedite slovaško rojstno številko, če obstaja.  
Za španske nosilce pri španskih državljanih navedite številko na nacionalni osebni izkaznici (DNI), pri ostalih pa številko na NIE. Če izkaznici DNI ali NIE nista več veljavni, navedite "Je ni".
- (<sup>5</sup>) Izpolnite le, če obrazec zadeva zaposleno osebo ali samozaposleno osebo, ki dela, ali brezposelno osebo.
- (<sup>6</sup>) Izpolnite le, če obrazec zadeva zaposleno osebo, ki je domnevno utrpela nesrečo pri delu.
- (<sup>7</sup>) Za Španijo: "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (regionalni direktorat nacionalnega zavoda za socialno varnost) ali "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina" (regionalni direktorat nacionalnega zavoda za pomorščake) za posebne sheme za pomorščake.
- (<sup>8</sup>) Izpolnite le za družinske člane, za katere je vložen zahtevek za dajatve ali prošnja za prijavo. V primeru prijave navedite samo enega družinskega člana.
- (<sup>9</sup>) Izpolnite, če se naslov družinskih članov razlikuje od naslova osebe, ki preživlja družino.
- (<sup>10</sup>) Priložite samo, če je potrebno. V tem primeru s križcem označite ustrezni kvadratik.
- (<sup>11</sup>) Za nizozemske in švicarske nosilce in kadar to omogoča obrazec, ki ga je treba vrniti.

\_\_\_\_\_

**OBVESTILO O PREKINITVI ALI PREKLICU PRAVICE DO STORITEV  
IZ ZAVAROVANJA ZA PRIMER BOLEZNI IN MATERINSTVA**

**Osebe, ki imajo stalno prebivališče v državi, ki ni pristojna država**

*Uredba (EGS) št. 1408/71; člen 19(1)(a) in (2); člen 25(3)(i); člen 26(1); člen 28(1)(a); člen 29(1)(a)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 17(2) in (3); člen 27; člen 28; člen 29(5); člen 30; člen 94(4); Člen 95(4)*

*Pristojni nosilec ali nosilec v kraju stalnega prebivališča izpolni del A obrazca in pošlje dva izvoda nosilcu v kraju stalnega prebivališča ali pristojnemu nosilcu (kadar je ustrezno, prek organa za zvezo). Nosilec prejemnik izpolni del B in vrne en izvod nosilcu pošiljatelju.*

**Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja.  
Obrazec obsega 3 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.**

**A. Obvestilo**

1.	Nosilec, na katerega je obrazec naslovljen
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: ..... .....
2.	<input type="checkbox"/> Zaposlena oseba <input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba <input type="checkbox"/> Brezposelna oseba <input type="checkbox"/> Upokojenec (sistem za zaposlene osebe) <input type="checkbox"/> Upokojenec (sistem za samozaposlene osebe) <input type="checkbox"/> Prosilec za pokojnino <input type="checkbox"/> Obmejni delavec (zaposlen) <input type="checkbox"/> Obmejni delavec (samozaposlen)
2.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....
2.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
2.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
2.4	Naslov v državi stalnega prebivališča: .....
2.5	Osebna identifikacijska številka <sup>(4)</sup> : .....
3.	Družinski član <sup>(5)</sup>
3.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....
3.2	Ime(-na) <sup>(3)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
3.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
3.4	Naslov v državi stalnega prebivališča: .....
3.5	Osebna identifikacijska številka: .....

4. Pravica do dajatev, potrjena na našem  vašem  obrazcu ..... z dne .....  
je prekinjena ali preklicana iz naslednjega razloga:
- 4.1  Zavarovanje zgoraj navedene zavarovane osebe je prenehalo dne .....
- 4.2 Nobeden od prijavljenih družinskih članov zavarovane osebe nima stalnega prebivališča v naši  vaši  državi od .....
- 4.3 Pokojnina zgoraj navedenega upokojenca je prekinjena ali preklicana od dne .....
- 4.4 Oseba, upravičena do dajatev, navedena v točki 2,  
ali
- družinski član, naveden v točki 3,  
 nima stalnega prebivališča v naši  vaši  državi od ..... (datum)  
 je umrl dne ..... (datum)
- 4.5  Družinski član, imenovan v točki 3, ne izpolnjuje zahtev zakonodaje države stalnega prebivališča od .....
- 4.6  (6) .....

5.	<input type="checkbox"/> Pristojni nosilec	<input type="checkbox"/> Nosilec v kraju stalnega prebivališča
5.1	Ime: .....	
5.2	Identifikacijska številka nosilca: .....	
5.3	Naslov: .....	
5.4	Žig	5.5 Datum: .....
		5.6 Podpis: .....

## B. Potrditev prejema

6. Prejeli smo zgornje obvestilo (del A) dne .....
7.  Oseba(e), navedena(e) v delu A, ni(so) več prijavljena(e) od dne .....
- Potrjujemo prekinitvev ali preklic pravice do dajatev, kakor je navedeno v točki 4, ki začne veljati dne .....

8.	<input type="checkbox"/> Pristojni nosilec	<input type="checkbox"/> Nosilec v kraju stalnega prebivališča
8.1	Ime: .....	
8.2	Identifikacijska številka nosilca: .....	
8.3	Naslov: .....	
8.4	Žig	8.5 Datum: .....
		8.6 Podpis: .....

## OPOMBE

- (1) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki prvi izpolni 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;
- (2) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (3) Navedite vsa imena vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.
- (4) Za pristojne italijanske nosilce navedite davčno številko "codice fiscale".  
Za pristojne malteške nosilce pri malteških državljanih navedite številko osebne izkaznice, pri ostalih pa številko malteškega socialnega zavarovanja.  
Za pristojne slovaške nosilce navedite slovaško rojstno številko, če obstaja.  
Za španske nosilce pri španskih državljanih navedite številko na nacionalni osebni izkaznici (DNI), pri ostalih pa številko na NIE. Če izkaznici DNI ali NIE nista več veljavni, navedite "Je ni".
- (5) Izpolnite le, če prekinitve ali preklic pravice do dajatev zadeva družinske člane.
- (6) Pri navedbi razloga za prekinitve ali preklic označite eno od naslednjih točk:  
(a) Prejemnik pokojnine se je v državi stalnega prebivališča začel ukvarjati s poklicno dejavnostjo.  
(b) Družinski član se je v državi stalnega prebivališča začel ukvarjati s poklicno dejavnostjo.  
(c) Neplačevanje prispevkov.  
(d) Drugo.
-





POTRDILO O PRIJAVI DRUŽINSKIH ČLANOV ZAPOSLENE ALI SAMOZAPOSLENE OSEBE IN POSODOBITEV SEZNAMOV

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 19(2)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 17(1), (2), (3) in (4); člen 94(4)

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in dva izvoda izdati zavarovani osebi ali ju poslati – če je potrebno, prek organa za zvezo – nosilcu v kraju stalnega prebivališča, če je obrazec izdan na zahtevo tega nosilca. Če prebivajo zavarovančevi družinski člani v Združenem kraljestvu, mora pristojni nosilec ta dva izvoda poslati na "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle upon Tyne. Ko nosilec v kraju stalnega prebivališča prejme oba izvoda, mora izpolniti del B in en izvod vrniti pristojnemu nosilcu. Če prebivajo družinski člani v različnih državah, je treba za vsako od teh držav izdati ločeno potrdilo.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja.  
Obrazec obsega 3 strani, od katerih ne sme nobena manjkati.

A. Obvestilo o upravičenosti

1.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča <sup>(2)</sup>
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
1.4	Zveza: vaš obrazec E 107 z dne: .....

2.	Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Ime(-na) <sup>(4)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
2.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
2.4	Naslov: .....
2.5	Osebna identifikacijska številka: .....
2.6	Zavarovana oseba <input type="checkbox"/> je samozaposleni delavec

3.	Družinski član
3.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Ime(-na) <sup>(4)</sup> : ..... Datum rojstva: .....
3.3	Prejšnja(-i) priimek(-ki) in ime(-na): .....
3.4	Naslov: .....
3.5	Osebna identifikacijska številka: .....

4. Družinski člani zgoraj navedene zavarovane osebe so upravičeni do dajatev iz naslova zavarovanja za primer bolezni in materinstva, razen če

so že upravičeni do takih storitev v skladu z zakonodajo države, kjer imajo stalno prebivališče<sup>(5)</sup>

opravljajo poklicno ali trgovinsko dejavnost<sup>(5)</sup>

5. Ta pravica nastopi dne .....

6. in traja

6.1  do preklica tega potrdila6.2  eno leto od datuma, določenega v točki 5<sup>(6)</sup>6.3  do datuma, ko se konča sezonsko delo, to je6.4  do vključno<sup>(7)</sup> .....

7. Vrnite Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja za družinskega člana, navedenega v točki 3, št.

....., veljavno do .....

8. Pristojni nosilec

8.1 Ime:

.....

8.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

8.3 Naslov: .....

.....

8.4 Žig

8.5 Datum: .....

8.6 Podpis: .....

.....

**B. Obvestilo o prijavi<sup>(8)</sup>**9.  <sup>(9)</sup>

Naslednji družinski člani niso prijavljeni:

	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup>	Ime(-na) <sup>(4)</sup>	Datum rojstva	Osebna identifikacijska številka
9.1	.....	.....	.....	.....
9.2	.....	.....	.....	.....
9.3	.....	.....	.....	.....
9.4	.....	.....	.....	.....
9.5	.....	.....	.....	.....
9.6	.....	.....	.....	.....
9.7	.....	.....	.....	.....
9.8	.....	.....	.....	.....
9.9	.....	.....	.....	.....
9.10	.....	.....	.....	.....

ker

 niso upravičeni do storitev so upravičeni do storitev že v skladu z zakonodajo naše države drugi razlogi10.  <sup>(9)</sup>

Prijavljeni so naslednji družinski člani zavarovane osebe, navedene v točki 2:

	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup>	Ime(-na) <sup>(4)</sup>	Datum rojstva	Osebna identifikacijska številka
10.1	.....	.....	.....	.....
10.2	.....	.....	.....	.....
10.3	.....	.....	.....	.....
10.4	.....	.....	.....	.....
10.5	.....	.....	.....	.....
10.6	.....	.....	.....	.....
10.7	.....	.....	.....	.....
10.8	.....	.....	.....	.....
10.9	.....	.....	.....	.....

10.10 Strošek teh storitev plačate vi; datum, od katerega se obračunava pavšalno povračilo iz člena 94 Uredbe (EGS) št. 574/72, je .....

11.	Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja
11.1	<input type="checkbox"/> Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja št. .... je priložena, kot je določeno v točki 7
11.2	<input type="checkbox"/> Navedite sprejete ukrepe glede Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja za družinskega člana, navedenega v točki 3, št. ...., veljavno do: .....

12.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča		
12.1	Ime: .....		
12.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
12.3	Naslov: .....		
12.4	Žig	12.5	Datum: .....
		12.6	Podpis: .....

### Informacije za zavarovano osebo

- (a) S tem obrazcem lahko vaši družinski člani pridobijo pravico do storitev v primeru bolezni in materinstva v državi, kjer prebivajo, in v skladu z zakonodajo te države, razen če jim ta zakonodaja že daje pravico do takih storitev.
- (b) Tako ko prejmete dva izvoda obrazca, ju morate poslati vašim družinskim članom, ki ju morajo **nemudoma** predložiti nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva v kraju njihovega stalnega prebivališča, in sicer:
- v **Belgiji** "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;
  - na **Češkem**, "Zdravotní pojišťovna" (sklad zdravstvenega zavarovanja) v kraju stalnega prebivališča;
  - na **Danskem**, občinska uprava v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Nemčiji**, "Krankenkasse" (bolniška blagajna) po vaši izbiri;
  - v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Estonski sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - v **Grčiji**, običajno območnemu ali krajevnemu uradu zavoda za socialno zavarovanje (IKA), ki izda zadevni osebi "zdravstveno knjižico", brez katere ji storitve ne morejo biti zagotovljene;
  - v **Španiji**, "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Deželni direktor državnega zavoda za socialno varnost);
  - v **Franciji**, "Caisse primaire d'assurance maladie" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - na **Irskem**, krajevni zdravstveni urad Izvršnega odbora za zdravje "Health Service Executive";
  - v **Italiji**, običajno "Azienda sanitaria locale" (ASL) (krajevna zdravstvena upravna enota), pristojna za zadevno območje;
  - na **Cipru**, "Υπουργείο Υγείας" (Ministrstvo za zdravje, 1448 Nikozija), ustanove za bolezni in materinstvo. Na podlagi prijave prejme zadevna oseba ciprsko zdravstveno kartico, brez katere ji na vladnih zdravstvenih ustanovah zdravstvene storitve ne morejo biti zagotovljene;
  - 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**, pristojni "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - na **Malti**, "Entitlement Unit, Ministry of Health" (Oddelek za pravice, Ministrstvo za zdravje), 23 John Street, Valletta;
  - na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (regionalni sklad za zdravstveno zavarovanje), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Poljskem**, regionalna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nacionalni zdravstveni sklad), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**, "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Območni center za solidarnost in socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča; za **Madeiro**, "Centro de Segurança Social da Madeira" (Center za socialno varnost Madeira), Funchal; za **Azore**, "Centro de Prestações Pecuniárias" (Center za denarna nadomestila) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Sloveniji**, območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pristojna po kraju stalnega prebivališča;
  - na **Slovaškem**, "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;
  - na **Finskem**, krajevni urad "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje);
  - na **Švedskem**, "Försäkringskassa" (krajevni urad za socialno zavarovanje) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Združenem kraljestvu**, "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle upon Tyne; ali za Severno Irsko "Department for Social Development, Overseas Benefits Branch" (Ministrstvo za socialni razvoj, Izpostava za prekomorske dajatve), Block 2, Castle Buildings, Belfast;
  - na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;
  - v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;
  - na **Norveškem**, "Trygdekontor" (krajevni zavarovalni urad) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Švici**, "Institution commune LAMal – Istitutozione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn.
- (c) Ta obrazec je veljaven od datuma, navedenega v točki 5, in za obdobje, označeno s križcem v točki 6.
- (d) Vi in vaši družinski člani morate/morajo obvestiti nosilca o kakršnih koli spremembah okoliščin, ki lahko vplivajo na pravico do storitev t. j. prekinitve ali sprememba zaposlitve, sprememba vašega stalnega ali začasnega prebivališča oziroma stalnega ali začasnega prebivališča vašega družinskega člana.

## OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Izpolnite le, če se obrazec izpolnjuje na zahtevo nosilca v kraju stalnega prebivališča.
- (<sup>3</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>4</sup>) Navedite vsa imena v vrstnem redu, kakor so vpisana v matični register.
- (<sup>5</sup>) S križcem označite kvadrček, če je obrazec naslovljen nosilca iz Irske ali Združenega kraljestva.
- (<sup>6</sup>) Če obrazec izda nemški, francoski, italijanski ali portugalski nosilec.
- (<sup>7</sup>) Če obrazec izda nosilec za zaposlene ali samozaposlene osebe Grčije, Madžarske ali Združenega kraljestva.
- (<sup>8</sup>) Če se ta obrazec izda za podaljšanje predhodno izdanega potrdila, ki je poteklo, nosilcu v kraju stalnega prebivališča ni treba izpolniti dela B.
- (<sup>9</sup>) Ustrezno izpolnite točko 9 ali 10 in s križcem označite ustrezni okvirček.
-

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.

**ZAHTEVEK ZA DENARNA NADOMESTILA V PRIMERU NEZMOŽNOSTI ZA DELO**

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 19(1)(b); člen 22(1)(a)(ii); člen 25(1)(b); člen 52(b); člen 55(1)(a)(ii);  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 18(2) in (3); člen 24; člen 26(5) in (7); člen 61(2) in (3); člen 64

Če se obrazec izpolni za redno zaposleno zavarovano osebo, je treba izpolniti samo en izvod in ga poslati nosilcu, pristojnemu za zavarovanje za primer bolezni in materinstva ali za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni. Če pa se obrazec nanaša na brezposelno osebo, je treba izpolniti dva dodatna izvoda, od katerih je treba enega poslati nosilcu, pristojnemu za zavarovanje v primeru brezposelnosti, drugega pa ustreznemu nosilcu v državi, kamor je odšla brezposelna oseba iskat zaposlitev (glej tudi opombi 7 in 9).

**Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.**

1.	Pristojni nosilec
1.1	Ime: .....
1.2	Naslov: .....
1.3	Identifikacijska številka nosilca: .....

2.	<input type="checkbox"/> Zaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Brezposelna oseba
2.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....	
2.2	Ime(-na): .....	Datum rojstva: .....	
2.3	Osebna identifikacijska številka: .....		
2.4	ima obrazec E 119, izdan dne: .....	<sup>(3)</sup>	
	in obrazec E 303, izdan dne: .....	<sup>(3)</sup>	

3.	Delodajalec <sup>(4)</sup>
3.1	Naziv delodajalca ali podjetja: .....
3.2	Naslov: .....

**A.  <sup>(5)</sup> Zahtevek za nadomestila**

4.	Oseba, navedena v točki 2, je dne .....	(datum)
	zaposila za denarna nadomestila zaradi	
	<input type="checkbox"/> hospitalizacije od ..... do .....	(datum) v bolnišnici ali preventivnem ali rehabilitacijskem centru <sup>(6)</sup>
	<input type="checkbox"/> nesposobnosti za delo zaradi	
4.1	<input type="checkbox"/> bolezni	<input type="checkbox"/> materinstva (pričakovani datum poroda: .....
	<input type="checkbox"/> nesreče pri delu	<input type="checkbox"/> nesreče, ki jo je utrpela dne: .....
	<input type="checkbox"/> poklicne bolezni	<input type="checkbox"/> posvojitve
		<input type="checkbox"/> zmanjšane nadomestila v primeru materinstva in posvojitve



5. Potrdilo zdravnika, ki je osebo zdravil  
 je priloženo  ni ga bilo mogoče priskrbeti

6. po mnenju našega zdravnika, ki je osebo pregledal  katerega poročilo je priloženo  
 katerega poročilo bo poslano čimprej

- 6.1  nezmožnost za delo se je začela .....  
in bo verjetno trajala do .....
- 6.2  oseba ni nezmožna za delo <sup>(7)</sup>

7.  Zadevna oseba ne izpolnjuje določb naše zakonodaje, in sicer iz naslednjih razlogov:

.....  
.....

8.  Nezmožnost za delo je domnevno nastopila zaradi nesreče, za katero je odgovorna tretja oseba.

- 8.1  Vzrok nezmožnosti za delo so bile druge posebne okoliščine, kakor je razvidno iz priložene dokumentacije.

- 8.2  Obrazcu je priloženo poročilo o tej nesreči z naslovom vpletene tretje osebe.

- 8.3  Obrazcu je priložena druga dokumentacija o vzroku nezmožnosti za delo.

9.  Zadevni osebi bomo zagotovili denarna nadomestila v vašem imenu. Prosimo vas, da nam sporočite, ali s tem postopkom soglašate ter nam v tem primeru pošljete vse potrebne podatke za plačilo nadomestila. <sup>(8)</sup>

10.  Zadevni osebi ne bomo zagotovili denarnih nadomestil v vašem imenu.

**B.  <sup>(5)</sup> Podaljšanje nezmožnosti za delo**

11. V zvezi z:

- 11.1  našim obrazcem E 115 z dne ..... (datum)

- 11.2  vašim obrazcem E 117 z dne ..... (datum)

- 11.3 vas obveščamo, da bo po mnenju našega zdravnika, ki je opravil preglede,

- katerega poročilo je priloženo

- katerega poročilo vam bo poslano čimprej

oseba, navedena v točki 2, verjetno ostala nezmožna za delo do vključno .....

12. Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča

- 12.1 Ime: .....

- 12.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

- 12.3 Naslov: .....

.....

- 12.4 Žig 12.5 Datum: .....

- 12.6 Podpis: .....

.....

**Navodila za zadevno osebo**

V Italiji morate v primeru bolezni ali materinstva ta obrazec predložiti lokalni pisarni "Istituto nazionale della previdenza sociale" (INPS, Nacionalni inštitut za socialno varstvo), v primeru nesreče pri delu ali poklicne bolezni pa na "Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro" (INAIL).

Za Nizozemsko, če pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja ni znan, pošljite obrazec na UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam.

Za Slovenijo mora biti v primeru denarnih nadomestil za materinstvo ta obrazec posredovan pristojnemu Centru za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke, v primeru nezmožnosti za delo pa pristojni območni enoti "Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije" (ZZZS).

**OPOMBE**

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Izpolnite le, če obrazec zadeva brezposelno osebo.
- (<sup>4</sup>) Pri brezposelnih osebah navedite zadnjega delodajalca.
- (<sup>5</sup>) Izpolnite bodisi del A ali del B in označite s križcem kvadratek za tisti del, ki ga izpolnujete.
- (<sup>6</sup>) Če obrazec zadeva osebe, zavarovane pri nemškemu skladu zdravstvenega zavarovanja ali pri avstrijskem ali belgijskem nosilcu: če nosilcu socialnega zavarovanja v kraju stalnega prebivališča ob izdaji tega obrazca ni znan točen datum, kdaj bo oseba zapustila bolnišnico, je treba ta podatek navesti naknadno v čim krajšem možnem času.
- (<sup>7</sup>) Priložite izvod obrazca E 118, ki ste ga poslali zadevni osebi.
- (<sup>8</sup>) Če bo obrazec poslan nemškemu, italijanskemu, madžarskemu ali poljskemu nosilcu, te točke ni treba označiti.



**ZDRAVNIŠKO POTRDILO V ZVEZI Z NEZMOŽNOSTJO ZA DELO  
(BOLEZEN, MATERINSTVO, NESREČA PRI DELU, POKLICNA BOLEZEN)**

*Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 19(1)(b); člen 22(1)(a)(ii); 1(b)(ii); 1(c)(ii); člen 25(1)(b); člen 52(b); člen 55(1)(a)(ii); 1(b)(ii) in 1(c)(ii)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 18(2) in (3); člen 24; člen 26(5) in (7); člen 61(2) in (3); člen 64; člen 65(2) in (4)*

*Izpolni zdravnik nosilca, ki izda obrazec E 115, katerega ga je treba priložiti temu obrazcu in v primeru bolezni ali materinstva poslati v  
zapečateni ovojnici<sup>(2)</sup>.*

**Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.**

1.	Pristojni nosilec, na katerega je obrazec naslovljen
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
1.4	Sklic: naš obrazec E 116, izdan dne: ..... (datum)

2. Priloženo obrazcu E 115 z dne: ..... (datum)

3.	Zadevna oseba
3.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....
3.3	Ime(-na): ..... Datum rojstva: .....
3.4	Naslov v državi stalnega ali začasnega prebivališča: .....
3.5	Osebna identifikacijska številka: .....

4. Spodaj podpisani zdravnik, .....,  
po opravljenem pregledu zgoraj navedene osebe  
dne: .....

4.1 ugotavljam, da gre za  
 primer bolezni  primer materinstva (pričakovani datum poroda: .....) )

4.2 da gre verjetno za  
 nesrečo pri delu  poklicno bolezen  nesrečo

4.3  ponovitev ali poslabšanje bolezni

**A. Splošno poročilo**

5. Izpolnite v vsakem primeru

5.1 Anamneza in trenutni simptomi: .....

5.2 Klinični pregled: .....

5.3 Druga opažanja: .....

5.4 Posebne preiskave (4): .....

5.5 Diagnoza: .....

5.6 Ugotovitve: .....

5.7  Zadevna oseba ni nezmožna za delo.

5.8  Zadevna oseba je nezmožna za delo.  
od: ..... do: .....

5.9  Zadevna oseba je delno nezmožna za delo, do stopnje  
( ..... %) od: ..... do: ..... (5)

5.10  Zadevna oseba bo opravila nadaljnje zdravstvene preglede dne: .....

5.11  Zadevna oseba naj bi bila zmožna za delo dne: .....

**B. Poročilo v primeru nesreče pri delu**

6. Prvo zdravniško poročilo

6.1 Zaradi te nesreče je oseba utrpela naslednje poškodbe (6): .....

6.2 Te poškodbe  so imele  bodo imele naslednje posledice (7)

6.3 Nezmožnost za delo je nastopila: .....

6.4 Poškodovana oseba se zdravi  
 doma  pri splošnem zdravniku  
 v bolnišnici  drugje

Naslov (8): .....

7.	Zadnje zdravniško poročilo
7.1	Zdravljenje je bilo zaključeno dne: .....
7.2	Poškodbe so bile ozdravljene dne: .....
7.3	<input type="checkbox"/> popolnoma
7.4	<input type="checkbox"/> in bodo verjetno imele naslednje posledice: ..... ..... .....
7.5	Podroben opis poškodovančevega stanja po ozdravitvi ali po koncu zdravljenja: ..... ..... ..... .....

8.	Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča		
8.1	Ime: .....		
8.2	Številka pristojnega nosilca: .....		
8.3	Naslov: .....		
8.4	Žig	8.5	Datum: .....
		8.6	Podpis: .....

#### OPOMBE

- (1) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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. Navedite vrsto in datum pregleda.
- (2) Obrazec E 116 ni potreben pri zahtevkih za nadomestila za materinstvo, ki jih plačuje Belgija. *Za Belgijo je treba ta obrazec vedno najprej poslati belgijskemu nosilcu, ki je pristojen za zdravstveno zavarovanje. Na Češkem, v Lihtenštajnu, na Finskem, Norveškem in Švedskem obrazec izpolni zdravnik, katerega zadevna oseba obiskuje, overi pa nosilec zavarovanja.*
- (3) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (4) Navedite vrsto in datum pregleda.
- (5) Za norveške nosilce.
- (6) Navedite vrsto in naravo poškodb ter del telesa, ki je bil poškodovan: zlom roke, poškodba glave, prstov, notranje poškodbe, zadušitev itn.
- (7) Navedite gotove ali verjetne posledice potrjenih poškodb: smrt, stalna ali začasna nezmožnost, popolna ali delna; pri začasni nezmožnosti navedite predvideno trajanje.
- (8) Če se poškodovana oseba zdravi v bolnišnici, navedite ime bolnišnice.



ODOBRITEV DENARNIH NADOMESTIL V PRIMERU MATERINSTVA IN NEZMOŽNOSTI ZA DELO

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 19(1)(b); člen 22(1)(a)(ii); člen 25(1)(b); člen 52(b); člen 55(1)(a)(ii);  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 18(6) in (8); člen 24; člen 26(7); Člen 61(6) in (8); člen 64

Ta obrazec mora izpolniti pristojni nosilec in ga poslati nosilcu v kraju stalnega ali začasnega prebivališča. Pristojni nosilec mora delavca obvestiti, kadar denarna nadomestila izplača nosilec v kraju stalnega prebivališča.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega dve strani.

1.	Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
	.....

2. Sklic : vaš obrazec E 115 z dne ..... (datum)

3.	<input type="checkbox"/> Zaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Brezposelna oseba
3.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....	
3.2	Ime(-na): .....	Datum rojstva: .....	
3.3	Naslov v državi stalnega ali začasnega prebivališča: .....		
	.....		
3.4	Osebna identifikacijska številka: .....		

4. Oseba, navedena v točki 3,

4.1  je začasno upravičena do prejemanja denarnih nadomestil  
od ..... do ....., z možnostjo podaljšanja

4.2  ni upravičena do denarnih nadomestil  
Razlog: glej priloženi obrazec E 118.

4.3  ni več upravičena do prejemanja denarnih nadomestil od ..... (datum)  
Razlog: glej priloženi obrazec E 118.

5. Ta nadomestila bodo izplačana <sup>(3)</sup>

5.1  z naše strani

5.2  z vaše strani v našem imenu <sup>(4)</sup>

5.3  s strani delodajalca <sup>(5)</sup>

od ..... do ..... <sup>(6)</sup>

6.	<sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>
6.1	Nadomestilo se izplača za vse dni v tednu, razen za <input type="checkbox"/> ponedeljek <input type="checkbox"/> torek <input type="checkbox"/> sredo <input type="checkbox"/> četrtek <input type="checkbox"/> petek <input type="checkbox"/> soboto <input type="checkbox"/> nedeljo
6.2	Dnevni neto znesek tega nadomestila znaša ..... <sup>(9)</sup> če zavarovana oseba ni v bolnišnici ..... <sup>(9)</sup> če je zavarovana oseba v bolnišnici
6.3	<input type="checkbox"/> Če se nadomestilo izplačuje mesečno, predvideni znesek zajema 30 dni, ne glede na število dni v mesecu.



7. Prosimo, da nas čimprej obvestite o rezultatih
- 7.1  pregleda <sup>(10)</sup>: .....
- 7.2  upravnih preverjanj: .....
- 7.3  naslednjega zdravstvenega pregleda, ki se opravi: ..... (datum)

8. Pristojni nosilec

- 8.1 Ime: .....
- 8.2 Identifikacijska številka nosilca: .....
- 8.3 Naslov: .....
- .....

- 8.4 Žig
- 8.5 Datum: .....
- 8.6 Podpis:
- .....

**OPOMBE**

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Ni treba izpolniti za brezposelne osebe, za katere je bil izdan obrazec E 119.
- (<sup>4</sup>) Pristojni nosilec lahko tukaj navede način plačila.
- (<sup>5</sup>) Če se ta obrazec nanaša na francoskega, poljskega, italijanskega ali madžarskega nosilca, tega kvadratka ni treba označiti.
- (<sup>6</sup>) Izpolnijo danski, nemški, luksemburški, poljski, madžarski ali slovaški nosilci.
- (<sup>7</sup>) Izpolnijo nemški, luksemburški, poljski, slovaški in španski nosilci.
- (<sup>8</sup>) Izpolnite le v primeru, navedenem pod točko 5.2.
- (<sup>9</sup>) Vsoto navedite v nacionalni valuti.
- (<sup>10</sup>) Navedite vrsto zahtevanega zdravstvenega pregleda (radiološke preiskave, analiza ... itd.).

OBVESTILO O NEPRIZNAVANJU ALI PRENEHANJU NEZMOŽNOSTI ZA DELO

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 19(1)(b); člen 22(1)(a)(ii), (b)(ii) in (c)(ii); člen 25(1)(b), člen 52(b); člen 55(1)(a)(ii), (b)(ii) in (c)(ii)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 18(4) in (6); člen 24; člen 26(5) in (7); člen 61(4) in (6); člen 64

Če se ta obrazec nanaša na redno zaposleno zavarovano osebo, mora nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča (ali pristojni nosilec) izpolniti dva izvoda obrazca, od katerih pošlje enega zavarovani osebi, drugega pa nosilcu zavarovanja za primer bolezni in materinstva ali nosilcu zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni pristojne države (v kraju stalnega ali začasnega prebivališča). Če se obrazec nanaša na brezposelno osebo, je treba poleg omenjenih dveh izvodov (od katerih je treba enega poslati brezposelni osebi) izpolniti dva dodatna izvoda, od katerih je treba enega poslati pristojnemu nosilcu zavarovanja za primer brezposelnosti, drugega pa nosilcu v državi, kamor je odšla brezposelna oseba iskat zaposlitev.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obsega dve strani in prilogo na treh straneh.

1.	Upravičenec	
1.1	Priimek(-ki): .....	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....
1.2	Ime(-na): .....	Datum rojstva: .....
1.3	Naslov v državi stalnega ali začasnega prebivališča: .....	
1.4	Osebna identifikacijska številka: .....	

2.	<input type="checkbox"/> Pristojni nosilec	<input type="checkbox"/> Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča
2.1	Ime: .....	
2.2	Identifikacijska številka nosilca: .....	
2.3	Naslov: .....	

3.  Dejstva, s katerimi smo bili seznanjeni
- Zdravstveni pregled, ki ga je opravil naš zdravnik dne ..... (datum)  
je pokazal
- 3.1  da je vaša nezmožnost za delo le delna
- 3.2  da ste upravičeni do delne denarne dajatve v višini ..... (2)  
od ..... (datum)
- 3.3  da ste zmožni za delo
- 3.4  da je nezmožnost za delo prenehala dne ..... (3)
- 3.5  Zadnji dan, za katerega boste prejeli denarno dajatev, je .....
- 3.6  Pristojni nosilec bo določil zadnji dan, za katerega boste prejeli denarno dajatev.
- 3.7  Do dajatve niste upravičeni, ker .....

4.	<input type="checkbox"/> Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča	<input type="checkbox"/> Pristojni nosilec
4.1	Ime: .....	
4.2	Identifikacijska koda nosilca: .....	
4.3	Naslov: .....	
4.4	Žig	4.5 Datum: .....
		4.6 Podpis: .....

**Informacije za zaposleno osebo, samozaposleno osebo ali brezposelno osebo.**

Če se ne strinjate z odločitvijo, ki vam je bila sporočena s tem dokumentom, se lahko zoper njo pritožite. Pojasnila o pravnih sredstvih in rokih za pritožbo boste našli v Prilogi. Glede postopkov in rokov morate upoštevati navodila, navedena za pristojno državo.

**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>) Ta podatek se navede samo, če obrazec izpolni pristojni nosilec. Navedite, ali se dajatve izplačuje dnevno, tedensko ali mesečno.
- (<sup>3</sup>) Navedite zadnji dan nezmožnosti za delo.
-

## PRAVNA SREDSTVA IN ROKI ZA PRITOŽBE

Uredba (EGS) št. 574/72: člen 18(4); člen 61(4)

**1. Belgija**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, imate pravico do pisne pritožbe, ki mora vsebovati datum in podpis in ki jo morate predložiti ali poslati s priporočeno pošto na urad referenta pristojnega delovnega sodišča, in sicer v treh mesecih od datuma prejema obvestila o odločbi.

Pristojna delovna sodišča so:

- (a) če imate stalno prebivališče v Belgiji, delovno sodišče okrožja, v katerem imate stalno prebivališče;
- (b) če v Belgiji ne živite ali nimate več stalnega prebivališča, delovno sodišče okrožja, v katerem ste imeli v Belgiji zadnje stalno ali začasno prebivališče;
- (c) če v Belgiji niste imeli stalnega ali začasnega prebivališča, delovno sodišče okrožja, v katerem ste bili v Belgiji nazadnje zaposleni.

**2. Češka**

Če s priloženim obvestilom ne soglašate, imate pravico do pritožbe, ki jo naslovite na pristojnega češkega nosilca, navedenega na obrazcu v točki 2 ali 4, v treh dneh po dostavi obvestila. Način pritožbe in rok zanjo sta navedena v odločbi.

**3. Danska**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko to storite v štirih tednih od datuma prejema obvestila o odločbi in pritožbo pošljete na "Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget", Amaliegade 25, postni predal 3061, 1021 Kopenhagen K (Odbor za socialne pritožbe, Odbor za dnevne denarne dajatve).

**4. Nemčija**

Ta uradni dokument postane zavezujoč, če v treh mesecih od obvestila ne vložite pritožbe. Pritožbo je treba vložiti v pisni obliki v roku treh mesecev na naslednjo nemško ustanovo:

Ime: .....  
 Naslov: .....  
 .....

**5. Estonija**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko v 30 dneh vložite pritožbo na "Eesti Haigekassa", Lembitu 10, Talin 10114.

**6. Grčija**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, lahko vložite pritožbo v 30 dneh od prejema odločbe na:

Ime: .....  
 Naslov: .....  
 .....

**7. Španija**

V 30 delovnih dneh od datuma prejema obvestila o priloženi odločbi lahko proti njej vložite pritožbo na naslednjo ustanovo:

Ime: .....  
 Naslov: .....  
 .....

**8. Francija**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko vložite pritožbo v dveh mesecih od datuma prejema obvestila o odločbi, in sicer na glavnega zdravnika sklada zdravstvenega zavarovanja, navedenega v spodnjem okvirčku:

Ime: .....  
 Naslov: .....  
 .....

**9. Irska**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, lahko vložite prošnjo na Social Welfare Appeals Office (Urad za pritožbe v socialnem varstvu) D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. Tako prošnjo je treba vložiti v 21 dneh od datuma prejema te odločbe.

**10. Italija****Odločitve INPS (bolezen in materinstvo)**

Zavarovana oseba lahko nasprotuje odločbi, ki jo izda INPS, tako da vloži upravno pritožbo na pristojno pokrajinsko komisijo, in sicer v 90 dneh od prejema obvestila o zadevni odločbi.

Poleg tega lahko zadevna oseba sproži sodne postopke v enem letu od datuma prejema sporočila o odločitvi komisije, ali po preteku 90 dni od vložitve pritožbe, če komisija ni sprejela odločitve.

**Odločitve INAIL (nesreče pri delu in poklicne bolezni)**

Zavarovana oseba, ki se želi pritožiti na odločbo INAIL lahko v 60 dneh po prejemu obvestila, ki ji je bilo poslano, obvesti INAIL o razlogih za svoje mnenje, da je odločba neutemeljena. To naj stori s priporočeno pošto z obvestilom o izročitvi ali prejemu poštna pošiljke. V primeru trajne delovne nezmožnosti mora navesti znesek dajatve, do katere meni, da je upravičena. V vseh primerih je treba pritožbi priložiti zdravniško potrdilo.

Če zadevna oseba v 60 dneh od datuma obvestila o izročitvi ali prejemu pošiljke ne prejme odgovora ali če z odgovorom ni zadovoljna, lahko zoper INAIL vloži tožbo na sodišču.

Zavarovana oseba lahko pošlje dopis z navedenimi razlogi za nestrinjanje z odločbo INAIL neposredno na INAIL ali prek nosilca v kraju stalnega ali začasnega prebivališča.

**11. Ciper**

Če niste zadovoljni s priloženo odločitvijo, se lahko v petnajstih dneh po prejemu obvestila o odločitvi pritožite ministru za delo in socialno zavarovanje. Če z ministrov odločitvijo niste zadovoljni, se lahko v 75 dneh po prejemu obvestila o ministrov odločitvi pritožite na vrhovno sodišče.

**12. Latvija**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, lahko vložite pritožbo v enem mesecu od datuma prejema odločbe na:

Ime: .....
Naslov: .....
.....
.....

**13. Litva**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko vložite pritožbo na komisijo za upravne spore v enem mesecu od datuma prejema obvestila o tej odločbi.

**14. Luksemburg**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, se imate pravico pritožiti načeloma na "Conseil arbitral des assurances sociales", in sicer v 40 dneh od datuma prejema obvestila o odločbi.

**15. Madžarska**

Če s priloženim sporočilom ne soglašate, lahko zahtevate odločbo od pristojnega madžarskega nosilca (točka 2 ali 4 obrazca E 118). Na odločbo pristojnega nosilca se lahko pritožite v 15 dneh od datuma prejema obvestila o odločbi.

**16. Malta**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko v 30 dneh od datuma prejema odločbe vložite pritožbo na Department of Social Security, Valletta.

**17. Nizozemska**

Če s priloženim sporočilom ne soglašate, lahko zaprosite pristojnega nizozemskega nosilca, navedenega v točki 2 ali 4 obrazca E 118, da v razumnem roku sprejme odločbo o pritožbi. Način in rok za pritožbo bosta določena v odločbi.

**18. Avstrija**

Če s priloženim obvestilom (obrazec E 118) ne soglašate, lahko zaprosite za odločbo pristojnega avstrijskega nosilca, navedenega v točki 2 ali 4 omenjenega obrazca, od katerega lahko dobite navodila o dovoljenih pravnih sredstvih.

**19. Poljska**

Če s prejeto odločbo niste zadovoljni, imate pravico zahtevati odločbo na Skladu za socialno zavarovanje (Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS), katerega krajevna pristojnost je določena po uradnem sedežu delodajalca, v primeru kmetov pa na področno izpostavo Kmetijskega sklada za socialno zavarovanje (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS). Na tej izpostavi vam bodo izdali odločbo o upravičenosti do dajatev in vas seznanili z možnimi pravnimi sredstvi zoper odločbo.

**20. Portugalska**

Če s to odločbo ne soglašate, se lahko pritožite:

- v primeru nepriznane nezmožnosti za delo: na Regionalni upravni zdravstveni odbor (Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde), in sicer v osmih dneh od prejema obvestila o odločbi, ali
- v primeru zavrnitve zahtevka za denarne dajatve iz administrativnih razlogov: na pristojno lokalno upravno sodišče (Tribunal Administrativo de Circulo), in sicer v dveh mesecih po prejemu obvestila o odločbi. Če ste imeli stalno prebivališče zunaj Portugalske, pa v štirih mesecih po prejemu obvestila o odločbi.

**21. Slovenija**

V primeru, da se z odločbo ne strinjate, imate pravico vložiti tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani, Komenskega 7, v 30 dneh od vročitve odločbe.

**22. Slovaška**

Če z navedenimi ugotovitvami ne soglašate in če odločba o zadevi še ni bila izdana, lahko pri pristojni izpostavi agencije za socialno zavarovanje zaprosite za izdajo take odločbe. V 15 dneh po dostavi odločbe, ki jo izda lokalna izpostava, se lahko pritožite na sedežu agencije za socialno zavarovanje. Odločba sedeža agencije za socialno zavarovanje glede dajatev je dokončna; kljub temu lahko v dveh mesecih po dostavi vložite pritožbo pri pristojnem okrožnem sodišču.

V zadevah, ki se ne nanašajo na dajatve, lahko vložite pritožbo za spremembo odločbe sedeža agencije za socialno zavarovanje v 30 dneh po dostavi na pristojno okrožno sodišče. Naslov sedeža agencije za socialno zavarovanje je: Sociálna poisťovňa, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

**23. Finska**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko vložite pritožbo v 30 dneh od datuma prejema obvestila o odločbi. Pritožba naj bo naslovljena na finskega nosilca zavarovanja, navedenega v točki 2 ali 4 obrazca E 118, ali na nosilca zavarovanja, ki je najbližji kraju vašega stalnega ali prebivališča, ki je ravno tako naveden v eni od omenjenih točk.

**24. Švedska**

Pritožbo na pristojno švedsko ustanovo, navedeno v točki 2 ali 4 obrazca E 118, lahko vložite v dveh mesecih od dejanskega prejema odločbe. V pritožbi morate navesti, zakaj menite, da je odločba neutemeljena.

**25. Združeno kraljestvo**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, se lahko v 28 dneh od datuma prejema odločbe pritožite na "Pension Service, International pension Centre" (Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park Newcastle-upon-Tyne, ali na "Northern Ireland Social Security Agency, Overseas Branch" (Agencija Severne Irske za socialno varnost, Izpostava za tujino), Belfast.

**26. Islandija**

Če se želite na priloženo odločbo pritožiti, lahko vložite pritožbo na Državni odbor za socialno varnost (State Social Security Board), Reykjavik.

**27. Lihtenštajn**

(a) Glede zdravstvenega zavarovanja: če z odločitvijo sklada za zdravstveno zavarovanje ne soglašate, lahko zaprosite za uradno odločbo, v kateri morajo biti navedeni razlogi in informacije glede pravne poti.

Zadevna oseba lahko vloži tožbo na pristojno sodišče v 60 dneh po prejemu te uradne odločbe.

(b) Glede nezgodnega zavarovanja: če z odločbo zavarovalnice za primere nezgode ne soglašate, lahko v dveh mesecih po prejemu te odločbe zahtevate, da zadevna zavarovalnica za primere nezgode ponovno preuči svojo odločbo.

Če z odločbo zavarovalnice za primere nezgode ne soglašate, lahko prav tako v dveh mesecih po prejemu te odločbe vložite tožbo na pristojno sodišče. To velja tudi za odločbo zavarovalnice v zvezi z zgoraj omenjenim zahtevkom za ponovno preučitev.

**28. Norveška**

Pritožbo zoper norveško odločbo je treba poslati na ustanovo, navedeno v točki 2 ali 4 obrazca E 118, in sicer v roku šestih tednov po prejemu obvestila o odločbi

**29. Švica**

Če s priloženo odločbo ne soglašate, se lahko pritožite pri nosilcu v 30 dneh po datumu prejema odločbe. V odločbi o pritožbi bodo določena pravna sredstva in rok za pritožbo.



POTRDILO O PRAVICI DO STORITEV ZA VLAGATELJE ZAHTEVKA ZA POKOJNINO  
IN NJIHOVE DRUŽINSKE ČLANE

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 26(1)

Uredba (EGS) št. 574/72: člen 28

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in dva izvoda izdati zadevni osebi, ki ju mora predložiti nosilcu v kraju svojega stalnega prebivališča. Ko nosilec v kraju stalnega prebivališča prejme oba izvoda, mora izpolniti del B in en izvod vrniti nosilcu, navedenemu v točki 6. Kjer je ustrezno, je treba oba izvoda najprej poslati nosilcu, ki mora izpolniti točki 5 in 6.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.

**A. Obvestilo o upravičenosti**

1.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča <sup>(2)</sup>
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
1.4	Sklic: vaš obrazec E 107 z dne: .....

2.	Vlagatelj zahtevka za pokojnino	
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....
2.2	Ime(-na): .....	Datum rojstva: .....
2.3	Naslov v državi stalnega prebivališča: .....	
2.4	Osebna identifikacijska številka: .....	

3.	Izpolni nosilec, ki je prejel zahtevek za pokojnino		
3.1	Zgoraj navedeni vlagatelj je predložil dne .....		
	zahtevek za pokojnino za primer		
	<input type="checkbox"/> starosti	<input type="checkbox"/> invalidnosti	<input type="checkbox"/> preživelega družinskega člana
	<input type="checkbox"/> nesreče pri delu	<input type="checkbox"/> poklicne bolezni	
3.2	<input type="checkbox"/> Po pregledu zahtevka smo ugotovili, da je zadevna oseba upravičena do prejemanja naše pokojnine.		

4.	Nosilec, ki je izpolnil točko 3		
4.1	Ime: .....		
4.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
4.3	Naslov: .....		
4.4	Žig	4.5	Datum: .....
		4.6	Podpis: .....



5. Izpolni nosilec, ki je prejel zahtevek za pokojnino, ali nosilec zavarovanja za primer bolezni in materinstva v državi, v kateri je zahtevek vložen

5.1 Identifikacijska številka nosilca, ki primer obravnava: .....

5.2 Vlagatelj, naveden v točki 2, in njegovi družinski člani so upravičeni do storitev iz zavarovanja za primer bolezni in materinstva

5.3  od: ..... do preklica tega potrdila

5.4  za eno leto, ki se začne z dnem: ..... (datum)

6. Nosilec, ki je izpolnil točko 5

6.1 Ime: .....

6.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

6.3 Naslov: .....

6.4 Žig

6.5 Datum: .....

6.6 Podpis: .....

## B. Obvestilo o prijavi ali zavrnitvi prijave

7.  (4)

7.1 Osebe, navedene v točki 2, in njihovih družinskih članov nismo mogli prijaviti, ker:

.....  
 .....

8.  (4)

8.1 Osebo, navedeno v točki 2, in njene družinske člane smo prijavili dne ..... (datum)

9. Prijavljeni družinski člani

9.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup>	Ime(-na)	Spol		Datum rojstva	Osebna identifikacijska številka
			M	Ž		
9.2	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.3	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.4	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.5	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.6	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.7	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
9.8	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

10. Nosilec v kraju stalnega prebivališča

10.1 Ime: .....

10.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

10.3 Naslov: .....

10.4 Žig

10.5 Datum: .....

10.6 Podpis: .....

## Informacije za zavarovano osebo

- (a) S tem potrdilom vi in vaši družinski člani pridobite pravico do storitev v primeru bolezni in materinstva v državi, kjer imate stalno prebivališče.
- (b) Dva izvoda potrdila, s katerim razpolagate, morate čimprej predložiti enemu izmed naslednjih nosilcev zavarovanja:
- v **Belgiji**, "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;
  - na **Češkem**, "Zdravotní pojišťovna" (sklad zdravstvenega zavarovanja) v kraju vašega stalnega prebivališča;
  - na **Cipru**, "Υπουργείο Υγείας" (Ministrstvo za zdravje, 1448 Nikozija). Na podlagi prijave prejme zadevna oseba ciprsko zdravstveno kartico, brez katere ji na vladnih zdravstvenih ustanovah zdravstvene storitve ne morejo biti zagotovljene;
  - na **Danskem**, občinska uprava v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Nemčiji**, "Krankenkasse" (bolniška blagajna) v kraju stalnega prebivališča;
  - 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**, "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Pokrajinski direktorat državnega zavoda za socialno varnost) v kraju stalnega ali začasnega bivališča; če potrebujete storitve, lahko zaprosite za zdravstvene ali bolnišnične storitve španskega socialno varstvenega zdravstvenega sistema. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;
  - v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Sklad za zdravstveno zavarovanje);
  - v **Franciji**, "Caisse primaire d'assurance-maladie" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - na **Irskem**: "Health Board" (Odbor za zdravstvo) v čigar območju uveljavljate storitev;
  - v **Italiji**, "Azienda sanitaria locale" (Krajevna upravna zdravstvena enota), pristojna za zadevno območje;
  - in **Latviji**, "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje);
  - v **Litvi**, "Teritorinė ligonių kasa" (Območni zdravstveni sklad); zdravstvene storitve lahko uveljavljate brez predhodnega stika z nosilcem zavarovanja;
  - v **Luksemburgu**, "Caisse de maladie des ouvriers" (zdravstveni sklad za fizične delavce);
  - na **Madžarskem**, pristojni "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - na **Malti**, Ministrstvo za zdravje, Valletta;
  - na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (regionalni sklad za zdravstveno zavarovanje), pristojen za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Poljskem**, območna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nacionalni zdravstveni sklad), pristojna za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**: "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (območni center za solidarnost in socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča; za **Madeiro**: "Centro de Segurança Social da Madeira" (Center za socialno varnost Madeira), Funchal; za **Azore**: "Centro de Prestações Pecuniárias" (Center za denarna nadomestila) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Sloveniji**, območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pristojna za kraj stalnega prebivališča;
  - na **Slovaškem**, "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;
  - na **Finskem**, krajevna pisarna "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje);
  - na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (Urad za socialno zavarovanje) v kraju stalnega prebivališča; za zdravstvene storitve (bolnišnica, zdravnik, zobozdravnik idr.) se lahko zaprosi brez predhodnega stika z omenjeno institucijo;
  - na **Islandiji**, "Tyggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno zavarovanje), Reykjavik;
  - v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;
  - na **Norveškem**, "lokale trygdekontor" (krajevni zavarovalni urad) v kraju stalnega prebivališča;
  - v **Švici**, "Institution commune LAMal – Istitutozione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn;
- (c) Nosilca zavarovanja, ki ste mu poslali obrazec, morate obvestiti o kakršnikoli spremembi okoliščin, ki lahko vpliva na pravico do storitev, kot je dodelitev pokojnine, za katero ste zaprosili, ali sprememba vašega stalnega ali začasnega prebivališča oziroma stalnega ali začasnega prebivališča vašega družinskega člana.

## OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Izpolnite le, če se obrazec izdaja na zahtevo nosilca v kraju stalnega prebivališča. Če vlagatelj zahtevka za pokojnino prebiva v Združenem kraljestvu, se oba izvoda obrazca pošljeta neposredno na "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (<sup>3</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>4</sup>) Ustrezno izpolnite točko 7 ali 8 in s križcem označite ustrezni okvirček.



POTRDILO O PRIJAVI UPOKOJENCEV IN NJIHOVIH DRUŽINSKIH ČLANOV  
TER POSODOBITEV SEZNAMOV

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 28(1)(a); člen 29(1)(a)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 29(1), (2) in (3); člen 30(1); člen 95(4)

Nosilec, ki mora v skladu s členom 29(2) ali členom 30(1) Uredbe (EGS) št. 574/72 izdati to potrdilo, mora izpolniti del A obrazca in dva izvoda poslati upokojencu ali njegovemu družinskemu članu ali ju poslati nosilcu v kraju stalnega prebivališča, če je ta zahteval obrazec. Kjer je ustrezno, je treba oba izvoda najprej poslati nosilcu, ki mora izpolniti točki 6 in 7. Ko nosilec v kraju stalnega prebivališča prejme oba izvoda, mora izpolniti del B in poslati en izvod za upokojenca ali družinskega člana nosilcu, navedenemu v točki 7.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega štiri strani.

A. Obvestilo o upravičenosti

1.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča <sup>(2)</sup>
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
1.4	Zveza: vaš obrazec E 107 z dne: .....

2.	Upokojenec	
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)):
2.2	Ime(-na): .....	Datum rojstva: .....
2.3	Datum spremembe stalnega prebivališča: .....	
2.4	Datum spremembe stalnega prebivališča: .....	
2.5	Osebna identifikacijska številka: .....	
2.6	Upokojenec je bil	
	<input type="checkbox"/> zaposlena oseba	
	<input type="checkbox"/> samozaposlena oseba	
	<input type="checkbox"/> obmejni delavec (zaposlen)	
	<input type="checkbox"/> obmejni delavec (samozaposlen)	
	<input type="checkbox"/> brezposelni delavec	

3.	Izpolni nosilec, ki je odgovoren za izplačevanje pokojnine		
3.1	Zgoraj navedena oseba je upravičena do pokojnine zaradi		
	<input type="checkbox"/> starosti	<input type="checkbox"/> invalidnosti	<input type="checkbox"/> preživelega družinskega člana
	<input type="checkbox"/> nesreče pri delu	<input type="checkbox"/> poklicne bolezni	
3.2	Od: .....		

4.	Nosilec, ki je izpolnil točko 3 <sup>(4)</sup>		
4.1	Ime: .....		
4.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
4.3	Naslov: .....		
4.4	Žig	4.5	Datum: .....
		4.6	Podpis: .....

## 5. Družinski član upokojenca

5.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> :	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)) <sup>(3)</sup> :
	.....	.....
5.2	Ime(-na):	Datum rojstva:
	.....	.....
5.3	Naslov v državi stalnega prebivališča: .....	
	.....	
5.4	Osebna identifikacijska številka: .....	
5.5	Datum spremembe stalnega prebivališča: .....	
	.....	

6. Izpolni nosilec, odgovoren za izplačevanje pokojnine, ali nosilec zavarovanja za primer bolezni ali materinstva v državi, ki je odgovorna za izplačevanje pokojnine <sup>(5)</sup>

6.1 Identifikacijska številka nosilca, ki primer obravnava: .....

6.2  Oseba, navedena v točki 2,  
 Oseba, navedena v točki 5,  
je upravičena do storitev v primeru bolezni in materinstva od .....

6.3 Stroške za dajatve, zagotovljene v državi njihovega stalnega prebivališča, razen če prebivajo v pristojni državi, krijemo mi

6.4  od ..... do preklica tega potrdila

6.5  za eno leto, ki se začne z dnem ..... <sup>(6)</sup>

6.6  z izdajo tega potrdila postane obrazec E ..... z dne ..... ničen in neveljaven.

7.  Vrnite Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja za osebo, navedeno v točkah 2 ali 5, št.

..... veljavno do .....

8. Nosilec, ki je izpolnil točko 6 <sup>(4)</sup>

8.1 Ime: .....

8.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

8.3 Naslov: .....

.....

8.4 Žig

8.5 Datum: .....

8.6 Podpis: .....

.....

## B. Obvestilo o prijavi ali zavrnitvi prijave

9.  <sup>(7)</sup>

9.1  Osebe, navedene v točki 2,  
 Osebe, navedene v točki 5,  
nismo mogli prijaviti,

9.2  ker je oseba že upravičena do storitev v skladu z zakonodajo naše države

9.3  drugi razlogi: .....

.....

.....

10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> Osebo, navedeno v točki 2, <input type="checkbox"/> Osebo, navedeno v točki 5, smo prijavili
10.2	<input type="checkbox"/> Stroške teh storitev krijete vi; datum, od katerega se obračunava pavšalno povračilo, določen v členu 95 Uredbe (EGS) št. 574/72, je .....

11.	Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja
11.1	<input type="checkbox"/> Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja št. .... je priložena, kot je določeno v točki 7
11.2	<input type="checkbox"/> Navedite sprejete ukrepe glede Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja za osebo, navedeno v točkah 2 ali 5, št. .... veljavno do .....

12.	Nosilec v kraju stalnega prebivališča upokojenca ali družinskega člana		
12.1	Ime: .....		
12.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
12.3	Naslov: .....		
12.4	Žig	12.5	Datum: .....
		12.6	Podpis: .....

#### Informacije za upokojenca ali družinskega člana

Dva izvoda tega obrazca morate čimprej poslati enemu izmed naslednjih nosilcev zavarovanja:

v **Belgiji**, "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;

na **Češkem**, "Zdravotní pojišťovna" (sklad zdravstvenega zavarovanja) v kraju stalnega prebivališča;

na **Cipru**, Υπουργείο Υγείας (Ministrstvo za zdravje, 1448 Nikozija). Na podlagi prijave prejme zadevna oseba ciprsko zdravstveno kartico, brez katere ji na vladnih zdravstvenih ustanovah zdravstvene storitve ne morejo biti zagotovljene;

na **Danskem**, občinska uprava kraja stalnega prebivališča;

v **Nemčiji**, "Krankenkasse" (bolniška blagajna) v kraju stalnega prebivališča;

v **Grčiji**, običajno območna ali krajevna izpostava zavoda za socialno zavarovanje (IKA), ki izda zadevni osebi "zdravstveno knjižico", brez katere ji storitve ne morejo biti zagotovljene;

v **Španiji**, "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Pokrajinski direktorat državnega zavoda za socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča;

v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Sklad zdravstvenega zavarovanja);

v **Franciji**, "Caisse primaire d'assurance-maladie" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);

na **Irskem**, "Health Board" (odbor za zdravstvo), v čigar območju uveljavljate storitev;

v **Italiji**, "Azienda sanitaria locale" (krajevna upravna zdravstvena enota), pristojna za zadevno območje;

in **Latviji**, "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje);

v **Litvi**, "Teritorinė ligonių kasa" (območni bolniški sklad);

v **Luksemburgu**, "Caisse de maladie des ouvriers" (zdravstveni sklad za fizične delavce);

na **Madžarskem**, pristojni "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja);

na **Malti**, "Entitlement Unit, Ministry of Health" (Oddelek za pravice, Ministrstvo za zdravje), 23. St. John Street, Valletta;

na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, pristojen za kraj stalnega prebivališča;

v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja), pristojen za kraj stalnega prebivališča;

na **Poljskem**, regionalna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nacionalni zdravstveni sklad), pristojen za kraj stalnega prebivališča;

na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**: "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Območni center za solidarnost in socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča; za **Madeiro**: "Centro de Segurança Social da Madeira" (Center za socialno varnost Madeira), Funchal; za **Azore**: "Centro de Prestações Pecuiniárias" (Center za denarna nadomestila) v kraju stalnega prebivališča;

v **Sloveniji**, območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pristojna po kraju stalnega prebivališča;

na **Slovaškem**, "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;

na **Finskem**, krajevna pisarna "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje);

na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (urad za socialno zavarovanje) v kraju stalnega prebivališča;

na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;  
v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;  
na **Norveškem**, "lokale trygdekontor" (krajevni zavarovalni urad) v kraju stalnega prebivališča;  
v **Švici**, "Institution commune LAMal – Inizuzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn;

#### OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Izpolnite le, če se obrazec izdaja na zahtevo nosilca v kraju stalnega prebivališča. Če upokojenec ali družinski član prebiva v Združenem kraljestvu, se oba izvoda obrazca pošljeta neposredno na "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (<sup>3</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>4</sup>) V na Madžarskem mora to točko izpolniti nosilec zavarovanja za primer bolezni in materinstva.
- (<sup>5</sup>) V Italiji mora točko 6 in 7 izpolniti ASL ali Ministrstvo za zdravje.
- (<sup>6</sup>) Če obrazec izda nemški, francoski, madžarski, italijanski ali portugalski nosilec in se nanaša na družinskega člana.
- (<sup>7</sup>) Ustrezno izpolnite točko 8 ali 9 in s križcem označite ustrezni okvirček.

POTRDILO O PRAVICI DO STORITEV IZ ZAVAROVANJA  
ZA NESREČE PRI DELU IN POKLICNE BOLEZNI

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 52(a); člen 55(1)(a)(i); (b)(i) in (c)(i)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 60(1); člen 62(4) in (6); člen 63(1) in (3)

Če je to potrdilo z obrazcem E 107 zahteval nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča zadevne osebe, ga je treba poslati temu nosilcu, v nasprotnem primeru pa izdati zavarovani osebi.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.

1.	Nosilec v kraju stalnega ali začasnega prebivališča <sup>(2)</sup>
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
1.4	Sklic: vaš obrazec E 107 z dne: .....

2.	Zavarovana oseba
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....
2.3	Ime(-na): ..... Datum rojstva: .....
2.4	Osebna identifikacijska številka: .....
2.5	Zavarovana oseba je <input type="checkbox"/> zaposlena oseba <input type="checkbox"/> samozaposlena oseba <input type="checkbox"/> obmejni delavec (zaposlen) <input type="checkbox"/> obmejni delavec (samozaposlen) <input type="checkbox"/> brezposelni delavec

3.	Na podlagi
3.1	<input type="checkbox"/> podatkov iz vašega obrazca E 107 z dne: .....
3.2	<input type="checkbox"/> nesreče pri delu, ki se je zgodila dne: ..... in je imela naslednje posledice: ..... .....
3.3	<input type="checkbox"/> poklicne bolezni, ugotovljene dne: ..... ki je imela naslednje posledice: ..... .....
3.4	<input type="checkbox"/> dovoljenja, ki smo ga izdali osebi, da lahko ohrani pravico do storitev v ..... (državi), kamor odhaja <input type="checkbox"/> na bivanje <input type="checkbox"/> na zdravljenje



4. Zgoraj navedena zavarovana oseba ima pravico do storitev v primeru  
 nesreče pri delu  poklicne bolezni

4.1  v obdobju, določenem v določbah zakonodaje države, kjer ima stalno prebivališče

4.2  od: .....  do: .....

4.3  največ tri mesece

4.4  neomejeno obdobje

5. Poročilo našega zdravnika, ki je opravil pregled

5.1  je priloženo v zaprti ovojnici

5.2  je bilo poslano: ..... na<sup>(4)</sup>: .....

5.3  vam lahko posredujemo na podlagi zahteve

5.4  ni bilo napisano

6. Pristojni nosilec

6.1 Ime: .....

6.2 Identifikacijska številka nosilca: .....

6.3 Naslov: .....

6.4 Žig 6.5 Datum: .....

6.6 Podpis: .....

### Informacije za zavarovano osebo

To potrdilo morate čim prej predložiti nosilcu zavarovanja v državi, kamor ste odšli, ki je:

#### v Belgiji,

(a) v primeru storitev zaradi bolezni ali nesreče izven dela: "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja) po vaši izbiri;

(b) v primeru storitev zaradi poklicne bolezni "le Fonds des maladies professionnelles", 1210 Bruselj;

na Češkem, pristojni "Zdravotní pojišťovna" (sklad zdravstvenega zavarovanja);

na Cipru, "Υπουργείο Υγείας" (Ministrstvo za zdravje, 1448 Nikozija). Na podlagi prijave bo zadevna oseba prejela ciprsko zdravstveno kartico, brez katere ji na vladnih zdravstvenih ustanovah zdravstvene storitve ne morejo biti zagotovljene;

na Danskem, za zdravljenje pri zdravniku ali zobozdravniku stopite v stik s splošnim zdravnikom ali zobozdravnikom javne zdravstvene službe. Osebe, ki potrebujejo nujno bolnišnično zdravljenje, gredo lahko neposredno v javno bolnišnico;

v Nemčiji: nosilec nezgodnega zavarovanja, pristojen za kraj stalnega ali začasnega prebivališča;

v Grčiji, običajno območni ali krajevni urad Zavoda za socialno zavarovanje (IKA), ki bo zadevni izdal osebi "zdravstveno knjižico", brez katere ji storitve ne morejo biti zagotovljene;

v Španiji, zdravstvena ali bolnišnična služba zdravstvenega sistema v okviru socialnega zavarovanja. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;

v Estoniji, "Eesti Haigekassa" (Sklad zdravstvenega zavarovanja);

v Franciji, "Caisse primaire d'assurance-maladie" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);

na Irskem, "Health Board" (Odbor za zdravstvo), v čigar območju zahtevate storitev;

#### v Italiji,

(a) za storitve: "ASL" (krajevna zdravstvena upravna enota), pristojna za zadevno območje; za pomorščake in posadke potniških letal: Ministrstvo za zdravje (Zdravstveni urad za mornarico ali letalstvo), ki je pristojno za zadevno območje.

(b) za proteze, pripomočke večje vrednosti, zdravstvene dajatve v skladu z zakonom in ustrezne zdravstvene preglede ali potrdila: pokrajinski urad "Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli sul lavoro" (Državni zavod za zavarovanje za nesreče pri delu – INAIL);

v **Latviji**, "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje);

v **Litvi**, "Teritorinė ligonių kasa" (Regionalni sklad za bolnike); zdravstvene storitve lahko uveljavljate brez predhodnega stika z nosilcem;

v **Luksemburgu**: "Association d'assurance contre les accidents" (Združenje za nezgodno zavarovanje);

na **Madžarskem**, pristojni "Megyei Egészségbiztosítási Pénztár" (območni sklad zdravstvenega zavarovanja);

na **Malti**, "Entitlement Unit", 23 St. John Street, Valletta, CMR02

na **Nizozemskem**, kateri koli zdravstveni sklad, pristojen za kraj stalnega prebivališča; ali v primeru začasnega bivanja, "Agis zorgverzekeringen" (Vzajemno združenje splošnega zdravstvenega zavarovanja), Utrecht. Pomoč zdravnika, zobozdravnika ali farmacevta vam je na voljo brez predhodnega stika z "Agis zorgverzekeringen";

v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (območna zdravstvena blagajna), pristojna za kraj stalnega ali začasnega prebivališča ali "Allgemeine Unfallversicherungsanstalt" (nosilec splošnega nezgodnega zavarovanja), Dunaj;

na **Poljskem**, regionalna izpostava "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nacionalni zdravstveni sklad), pristojna za kraj začasnega prebivališča;

na **Portugalskem**, "Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais" (Državni center za zaščito pred tveganji za poklicne bolezni), Lizbona;

v **Sloveniji**, območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pristojna za kraj stalnega ali začasnega prebivališča;

na **Slovaškem**, "zdravotná poisťovňa" (zdravstvena zavarovalnica) po izbiri zavarovane osebe;

na **Finskem**, "Tapaturmavakuutuslaitosten liitto" (Združenje zavodov za nezgodno zavarovanje);

na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (Urad za socialno zavarovanje); za zdravstvene storitve (bolnišnica, zdravnik, zobozdravnik idr.) lahko zaprosite brez predhodnega stika z nosilcem;

v **Združenem kraljestvu**, zdravstvena služba (zdravnik, zobozdravnik, bolnišnica, idr.), ki nudi zdravljenje;

na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;

v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo);

na **Norveškem**, "lokale trygdekontor" (lokalni zavarovalni urad); zdravstvene storitve lahko zahtevate brez predhodnega stika z nosilcem;

v **Švici**, "Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents – Schweizerische Unfallversicherungsanstalt – Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio" (Švicarski sklad za nezgodno zavarovanje), Lucerne. Zdravstvene storitve (bolnišnica, zdravnik, zobozdravnik idr.) so vam na voljo brez predhodnega stika z omenjenim nosilcem;

#### 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>) Izpolnite le, če se obrazec izdaja na zahtevo nosilca v kraju stalnega ali začasnega prebivališča zavarovane osebe. Če zavarovana oseba odhaja v Združeno kraljestvo, je treba en izvod obrazca poslati tudi na "Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre" (Ministrstvo za delo in pokojnine, Urad za pokojnine, Mednarodni center za pokojnine), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (<sup>3</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.
- (<sup>4</sup>) Ime in naslov nosilca, kateremu je bilo poslano zdravniško poročilo.



ZAHTEVEK ZA NADOMESTILO V PRIMERU SMRTI

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 65  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 78

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.

1.	Spodaj podpisani:	
1.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> :	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)):
1.2	Ime(-na):	Datum rojstva:
1.3	Osebna identifikacijska številka:	
1.4	Nosilec, pri katerem sem zavarovan <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> :	
1.5	Sorodstveno razmerje z umrlo osebo:	
1.6	Naslov:	

2. vlagam zahtevek za nadomestilo zaradi smrti naslednje osebe <sup>(5)</sup>:

3.		
3.1	Priimek(-ki):	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)):
3.2	Ime(-na):	Datum rojstva:
3.3	Osebna identifikacijska številka:	
3.4	Datum smrti:	
3.5	Vzrok smrti	
	<input type="checkbox"/> bolezen	<input type="checkbox"/> nesreča
	<input type="checkbox"/> poklicna bolezen	<input type="checkbox"/> dejanje tretje osebe
		<input type="checkbox"/> nesreča pri delu
		<input type="checkbox"/> drugo
3.6	Nosilec, pri katerem je bila umrla oseba zavarovana <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> :	

4. Vlagatelj zahtevka  je bil  ni bil vzdrževani družinski član umrle osebe
5. Umrla oseba  je bila  ni bila moj vzdrževani družinski član
6. Umrla oseba  je bila  ni bila nastanjena proti plačilu pri
- vlagatelju zahtevka
- ustanovi, katere upravitelj, član osebja ali stanovalec je vlagatelj zahtevka <sup>(6)</sup>
7. Vlagatelj zahtevka  je  ni pogrebni zavod ali posrednik ali predstavnik takega zavoda <sup>(6)</sup> <sup>(7)</sup>
- Vlagatelj zahtevka  je  ni pravna oseba v okviru zasebnega prava, ki je na podlagi zavarovalne pogodbe delno ali v celoti pokrila stroške <sup>(6)</sup>
8. Strošek pogreba je znašal <sup>(8)</sup>: ; plačal ga je:
9. Priloženi so naslednji dokumenti:

10. Znesek, ki mi pripada, plačajte na moj bančni račun IBAN št. ....  
 banka ..... (koda BIC/SWIFT) .....  
 v ..... (9)
11. Datum: .....
- 11.1 Podpis: .....

### Navodila za vlagatelja zahtevka

- (a) Za prejem nadomestila ob smrti, morate vložiti zahtevek na tem obrazcu
- pristojnemu nosilcu zavarovanja
  - ali nosilcu zavarovanja v kraju, kjer bivate, in sicer
- v **Belgiji**, "mutualité" (krajevni sklad zdravstvenega zavarovanja);  
 na **Češkem**, "Úřad práce" (urad za zaposlovanje) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča;  
 na **Danskem**, Ministrstvo za notranje zadeve in zdravstvo, Kopenhagen;  
 v **Grčiji**, krajevna izpostava Zavoda za socialno zavarovanje (IKA);  
 v **Španiji**, "Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Deželni direktorat državnega zavoda za socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča;  
 v **Franciji**, ustanova, ki zagotovi ali bi zagotovila storitve iz zdravstvenega zavarovanja;  
 na **Irskem**, "Department of Social Welfare" (Ministrstvo za socialno varnost), Dublin;  
 v **Italiji**, pokrajinski urad INAIL;  
 v **Latviji**, "Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra" (Državna agencija za socialno zavarovanje);  
 v **Litvi**, "Savivaldybės socialinės paramos skyrius" (Občinski urad za socialno pomoč) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča;  
 v **Luksemburgu**, "Union des caisses de maladie" (Zveza skladov za zdravstveno zavarovanje);  
 v **Avstriji**, "Gebietskrankenkasse" (regionalni sklad za zdravstveno zavarovanje), pristojen za kraj stalnega prebivališča;  
 na **Poljskem**, "Zakład Ubezpiecznin Społecznych" (Zavod za socialno zavarovanje – ZUS), urad, odgovoren za kraj stalnega ali začasnega prebivališča, ali za delavce v kmetijstvu, pristojna območna izpostava "Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego" (Sklad socialnega zavarovanja za kmetijstvo – KRUS), "Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji" (Urad za pokojnine na Ministrstvu za notranje zadeve in upravo – organ za zvezo za posebne sheme);  
 na **Portugalskem**, za **kontinentalno Portugalsko**: "Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social" (Območni center za solidarnost in socialno varnost) v kraju stalnega prebivališča; za **Madeiro**: "Centro de Segurança Social da Madeira" (Center za socialno varnost Madeira), Funchal; za **Azore**: "Centro de Prestações Pecuniárias" (Center za denarna nadomestila) v kraju stalnega prebivališča;  
 v **Sloveniji**, območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pristojna za kraj stalnega ali začasnega prebivališča;  
 na **Slovaškem**, "Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny" (Urad za delo, socialne zadeve in družino) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča umrle osebe;  
 na **Finskem**, "Kansaneläkelaitos" (Zavod za socialno zavarovanje), Helsinki;  
 na **Švedskem**, "Försäkringskassan" (Urad za socialno zavarovanje) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča;  
 v **Estoniji**, "Sotsiaalkindlustusamet" (Odbor za socialno zavarovanje), Talin;  
 na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni zavod za socialno zavarovanje), Reykjavik;  
 v **Lihtenštajnu**, Urad za narodno gospodarstvo;  
 na **Norveškem**, "lokale Trygdekontor" (krajevni zavarovalni urad) v kraju stalnega ali začasnega prebivališča;  
 v **Švici**, "Institution commune LAMal – Istitutozione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn;
- (b) Zahtevku morate priložiti naslednje dokumente:
- za **Belgijo**, kopijo mrliškega lista, ki ga izda občinska uprava;  
 potrjene račune za stroške pogreba,  
 vsa dokazila o sorodstvenem razmerju ali svaštvu z umrlo osebo ali, kadar je to ustrezno, dokazila o skupnem življenju z umrlo osebo;
  - za **Dansko**, mrliški list,  
 prosimo, da natančno preberete "vejledning om ansøgning for begravelseshjælp" (navodila za vlogo zahtevka za posmrtnino), ki jih boste prejeli naknadno;
  - za **Grčijo**, mrliški list, zdravstveno knjižico, kartice zavarovanja in, kadar je možno, potrjene račune za stroške pogreba;
  - za **Španijo**, mrliški list,  
 potrdilo o sorodstvenem razmerju ali potrjene račune za stroške pogreba, če vlagatelj zahtevka ni v sorodstvenem razmerju z umrlo osebo;
  - za **Francijo**, v vsakem primeru mrliški list zavarovane osebe,  
 poleg tega, kakor je strezno:
    - če je bila zavarovana oseba vaš zakonec, "fiche familiale" (družinski izpisek iz matične knjige rojstev, smrti in porok),
    - če ste potomec umrle osebe (sin, hči, vnuk itd.), njen "fiche familiale" (družinski izpisek iz matične knjige rojstev, smrti in porok), iz katerega je razvidno vaše sorodstveno razmerje z umrlo osebo,
    - če je bila oseba vaš sorodnik v ravni liniji (oče, mati, stari oče, itd.) "fiche individuelle" (izpisek iz matične knjige rojstev, smrti in porok),
    - če ste bili na kakršen koli drug način vzdrževanec umrle osebe, zakonito izjavo, ki potrjuje, da vas je umrla oseba dejansko, v celoti in neprekinjeno vzdrževala;

za <b>Irsko</b> ,	<i>mrliški list, če je možno, poročni list, predračun ali oceno stroškov pogrebnega zavoda ali račun za stroške pogreba, če ste jih plačali vi;</i>
za <b>Italijo</b> ,	<i>mrliški list, dokazilo o prijavi v zavarovanje, če je možno, izjavo o družinskem sorodstvenem razmerju;</i>
za <b>Latvijo</b> ,	<i>mrliški list,</i>
za <b>Litvo</b> ,	<i>mrliški list,</i>
za <b>Luksemburg</b> ,	<i>mrliški list, potrjene račune za stroške pogreba, kjer je ustrezno, izjavo občinske uprave, ki potrjuje gospodinjsko skupnost;</i>
za <b>Avstrijo</b> ,	<i>mrliški list, potrjene račune za stroške pogreba;</i>
za <b>Poljsko</b> ,	<i>mrliški list, originalne račune za stroške pogreba, izjavo vlagatelja zahtevka, da podobno nadomestilo ni bilo izplačano;</i>
za <b>Portugalsko</b> ,	<i>mrliški list in potrjene račune za stroške pogreba,</i>
za <b>Slovenijo</b> :	<i>za pogrebnino: izpisek iz matičnega registra o smrti ali prijava smrti zavarovane osebe, originalni račun pogrebnih storitev, za posmrtnino: izpisek iz matičnega registra o smrti ali prijava smrti zavarovane osebe, v primeru smrti zakonca – poročni list, če umre eden od staršev, mora otrok predložiti izpisek iz matičnega registra o rojstvu in potrdilo o šolanju oz. študiju (če je starejši od 18 let), če vlagatelji zahtevka niso bili zavarovani kot družinski člani umrle osebe morajo predložiti ustrezno listino, ki izkazuje, da jih je bil umrl dolžan preživljati do svoje smrti;</i>
za <b>Slovaško</b> ,	<i>mrliški list in potrjene račune za stroške pogreba;</i>
za <b>Estonijo</b> ,	<i>mrliški list, če je vlagatelj pogrebno podjetje, pismo pravnega zastopnika upravičenca; če je smrt nastopila na estonskem ozemlju, je treba potrdilo za namen zahtevka priložiti mrliškem listu.</i>
za <b>Finsko</b> ,	<i>mrliški list, dokumente, ki dokazujejo sorodstvo z umrlo osebo, če je vlagatelj pogrebno podjetje, pismo pravnega zastopnika upravičenca;</i>
za <b>Švedsko</b> ,	<i>mrliški list, potrdilo o vzroku smrti;</i>
za <b>Lihtenštajn</b> ,	<i>mrliški list, potrdilo o vzroku smrti, potrjeni računi za pogrebne stroške;</i>
za <b>Norveško</b> ,	<i>mrliški list.</i>

#### 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 le, če zadeva delavca, upokojenca ali prosilca za pokojnino.
- (<sup>4</sup>) Navedite ime in naslov.
- (<sup>5</sup>) Za portugalske ustanove izpolnite priloženo dodatno stran.
- (<sup>6</sup>) Izpolnite, če zahtevate nadomestilo v skladu z belgijsko zakonodajo, če vlagatelj zahtevka ni zakonec ali sorodnik umrle osebe ali z njo v svaštvu do tretjega kolena.
- (<sup>7</sup>) Če se dajatev zahteva v skladu s finsko ali estonsko zakonodajo in je prosilec pogrebni zavod, je treba poslati pisno pooblastilo osebe, upravičene do nadomestila.
- (<sup>8</sup>) Navedite znesek v valuti države, kjer ima vlagatelj stalno prebivališče.
- (<sup>9</sup>) Ne velja za irske ustanove.

**DODATNI PODATKI  
ZA PORTUGALSKE USTANOVE**

<b>1.</b>	<b>Zakonec</b>
1.1	Osebno stanje
	<input type="checkbox"/> vdova/vdovec <input type="checkbox"/> ponovno poročen <input type="checkbox"/> ločen
1.2	Ali je živel(-a) v času smrti pod isto streho kot umrla oseba in jo je umrla oseba preživljala?
	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

<b>2.</b>	<b>Otroci, upravičeni do družinskih dodatkov</b>					
	Priimek(-ki)	Ime(-na)	Sorodstveno razmerje	Datum rojstva	Stopnja izobrazbe	Invalidni otrok
2.1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2.6	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....	.....

INDIVIDUALNI OBRAČUN DEJANSKIH STROŠKOV

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 36(1) in (2); člen 63(1); člen 87(1)  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 93(1), (2), (4) in (5) člen 105(1)

Za vsakega prejemnika storitev je treba izpolniti ločen obrazec.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.

1.	Račun št. ....	<input type="checkbox"/> 1. polovica	<input type="checkbox"/> 2. polovica	poslovnega leta 20 .....
----	----------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

2.	Pristojni nosilec, na katerega je obrazec naslovljen		
2.1	Ime: .....		
2.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
2.3	Naslov: .....		

3.	Prejemnik storitev		
3.1	Priimek(-ki) <sup>(2)</sup> : .....		
3.2	Priimek(-ki) ob rojstvu (če so drugačni): .....		
3.3	Ime(-na): .....	Datum rojstva: .....	
3.4	Osebna identifikacijska številka <sup>(3)</sup> : (a) pri pristojnem nosilcu ..... (b) pri nosilcu upniku .....		
3.5	Zavarovana oseba je <input type="checkbox"/> zaposlena oseba <input type="checkbox"/> samozaposlena oseba <input type="checkbox"/> obmejni delavec (zaposlen) <input type="checkbox"/> obmejni delavec (samozaposlen) <input type="checkbox"/> brezposelni delavec		

4. Zgoraj navedena oseba je prejela storitve na podlagi naslednjega dokumenta:
- 4.1  evropske kartice zdravstvenega zavarovanja št: ....., ki poteče dne: .....  
 potrdila, ki začasno nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja: .....  
datum potrdila: ..... veljavno od: ..... do: .....  
 E: ..... oblika z datumom: ..... veljavna od: ..... do: .....
- 4.2 Zgoraj navedena oseba je opravila zdravstveni pregled, zahtevan dne: .....



5. Nastali stroški		Znesek (4)
5.1	Za storitve, opravljene: od ..... do .....	.....
	zaradi (5) <input type="checkbox"/> bolezni <input type="checkbox"/> nesreče izven dela <input type="checkbox"/> nesreče pri delu ali poklicne bolezni	
5.2	Zdravstvene storitve: .....	.....
5.3	Zobozdravstvene storitve .....	.....
5.4	Zdravila .....	.....
5.5	Bolnišnično zdravljenje od: ..... do: ..... od: ..... do: .....	.....
5.6	Druge storitve (6) .....	.....
5.7	<b>Storitve skupaj:</b>	.....
5.8	Zdravstveni pregledi (7) .....	.....
5.9	Za denarna nadomestila, zagotovljena od: ..... do: .....	.....
5.10	<b>Skupni stroški</b>	..... ..... .....

6. Nosilec upnik	
6.1	Ime: .....
6.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
6.3	Naslov: .....
6.4	Žig (8)
6.5	Datum: .....
6.6	Podpis: .....

7. Izpolni nosilec v pristojni državi	

## OPOMBE

- (<sup>1</sup>) Oznaka države, kateri pripada nosilec, ki izpolni 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>) Če je prejemnik storitev družinski član, registriran na podlagi obrazca E 106, navedite osebno identifikacijsko številko zavarovane osebe.
- (<sup>4</sup>) Navedite znesek v nacionalni valuti.
- (<sup>5</sup>) Kadar se obrazec pošlje švicarskemu nosilcu.
- (<sup>6</sup>) Navedite vrsto storitev: porod, zobne proteze, ortopedski pripomočki, zdravljenje v zdravilišču, prevoz z rešilnim avtomobilom, dodatna diagnostika itn.
- (<sup>7</sup>) Navedite vrsto opravljenih zdravstvenih pregledov in preiskav.
- (<sup>8</sup>) Obrazca, poslanega in podpisane v elektronski obliki, ni treba žigosati.
-



VIŠINA POVRAČILA STROŠKOV ZA STORITVE

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 22(1)(a)(i); člen 22(3); člen 22(a); člen 31(a); člen 34(a);  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 34

Pristojni nosilec mora izpolniti del A obrazca in dva izvoda poslati, neposredno ali prek organa za zvezo, nosilcu, ki bi moral zadevni osebi zagotoviti storitve v državi začasnega prebivališča. Nosilec v kraju začasnega prebivališča mora izpolniti del B obrazca in en izvod poslati nazaj pristojnemu nosilcu.

Prosimo, da obrazec izpolnite s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega tri strani.

A. Zahtevek

1.	Nosilec, na katerega je obrazec naslovljen <sup>(2)</sup>
1.1	Ime: .....
1.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
1.3	Naslov: .....
	.....
	.....

2.	Upravičenec
2.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
2.2	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....
	.....
2.3	Ime(-na): ..... Datum rojstva: .....
	.....
	.....
2.4	Osebna identifikacijska številka: .....
	.....
2.5	Oseba je/je bila
	<input type="checkbox"/> zaposlena oseba
	<input type="checkbox"/> samozaposlena oseba
	<input type="checkbox"/> obmejni delavec (zaposlen)
	<input type="checkbox"/> obmejni delavec (samozaposlen)
	<input type="checkbox"/> brezposelni delavec

3. Družinski član upravičenca, če prejel zdravstvene storitve:
- 3.1 Priimek(-ki)<sup>(3)</sup>: .....
- 3.2 Ime(-na): ..... Datum rojstva: .....
- 3.3 Osebna identifikacijska številka: .....
- .....
4. Zgoraj navedena oseba
- 4.1 je med začasnim bivanjem v: ..... (država)
- 4.2 v: ..... (mesto)
- 4.3 sama plačala storitve, ki jih je zahtevala: .....
5. Prosimo, da na priloženih računih za vsako storitev posebej navedete znesek za povračilo zadevni osebi in sicer v skladu z višino povračila, ki ga je določil nosilec v kraju začasnega prebivališča. Samo za Luksemburg navedite znesek, ki ga mora oseba prispevati k stroškom zdravljenja.
6. Priloženi: ..... računi.

7.	Pristojni nosilec		
7.1	Ime: .....		
7.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
7.3	Naslov: .....		
7.4	Žig	7.5	Datum: .....
		7.6	Podpis: .....

**B. Odgovor**

8. Priloženi ..... računi, iz katerih je razvidna višina povračila

9.  Znesek za povračilo: .....  Ni povračila

10.	Opombe: .....		
	.....		
	.....		
	.....		

11.	Nosilec v kraju začasnega prebivališča		
11.1	Ime: .....		
11.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
11.3	Naslov: .....		
11.4	.....		
	Žig	11.5	Datum: .....
		11.6	Podpis: .....

**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>) Če nosilec, ki bi moral zagotoviti storitve, ni znan, lahko obrazec pošljete organu za zvezo v državi začasnega prebivališča, ki je:
- v **Belgiji**, "Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)" (Državni zavod za zdravstveno in invalidsko zavarovanje), Bruselj;
  - na **Češkem**, "CMU" (Center za mednarodna povračila), Praga;
  - na **Danskem**, "Indenrings- og Sundhedsministeriet" (Ministrstvo za notranje zadeve in zdravje), Kopenhagen;
  - v **Nemčiji**, "DVKA" (Nemška zvezna agencija za zdravstveno zavarovanje – mednarodno), Bonn;
  - v **Estoniji**, "Eesti Haigekassa" (Sklad zdravstvenega zavarovanja);
  - v **Grčiji**, območna ali krajevna izpostava Zavoda za socialno zavarovanje (IKA); za pomorščake, "Seamen's Pension Fund (NAT)" (Pokojninski sklad za pomorščake);
  - v **Španiji**, "Instituto Nacional de la Seguridad Social" (Državni zavod za socialno varnost), Madrid;
  - v **Franciji**, "Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale" (Center evropskih in mednarodnih zvez za socialno varnost), Pariz;
  - na **Irskem**, "the Department of Health" (Ministrstvo za zdravje), Dublin;
  - v **Italiji**, "Ministero della Salute" (Ministrstvo za zdravje), Rim;
  - na **Zipru**, "Υπουργείο Υγείας" (Ministrstvo za zdravje, 1448 Nikozija);
  - v **Latviji**, "Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Državna agencija za obvezno zdravstveno zavarovanje), Riga;
  - v **Litvi**, "Valstybinė ligonių kasa" (Državni sklad za bolnike), Vilna;
  - v **Luksemburgu**, "Union des Caisses de Maladie" (Združenje zdravstvenih skladov), Luxembourg;
  - na **Madžarskem**, "Országos Egészségbiztosítási Pénztár" (Državni sklad zdravstvenega zavarovanja), Budimpešta;
  - na **Malti**, "Entitlement Unit, Ministry of Health" (Oddelek za pravice, Ministrstvo za zdravje), 23, St. John Street, Valletta;
  - na **Nizozemskem**, "Agis Zorgverzekeringen", Utrecht;
  - v **Avstriji**, "Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger" (Glavno združenje avstrijskih nosilcev socialnega zavarovanja), Dunaj;
  - na **Poljskem**, "Narodowy Fundusz Zdrowia" (Državni zdravstveni sklad), Varšava;
  - na **Portugalskem**, "Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social" (Oddelek za mednarodne odnose in konvencije o socialni varnosti), Lizbona;
  - v **Sloveniji**, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – Direkcija, Ljubljana;
  - na **Slovaškem**, "Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou" (Nadzorni organ za zdravstveno varstvo), Bratislava;

na **Finskem**, "Kansaneläkelaitos"(Zavod za socialno zavarovanje), Helsinki;

na **Švedskem**, "Riksförsäkringsverket" (Državni odbor za socialno zavarovanje), Stockholm;

na **Islandiji**, "Tryggingastofnun ríkisins" (Državni inštitut za socialno varnost), Reykjavik;

v **Lihtenštajnu**, "Amt für Volkswirtschaft" (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;

na **Norveškem**, "Rikstrygdeverket"(Državna uprava za zavarovanje), Oslo;

v **Švici**, "Institution commune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG – Istituzione comune LAMal" (Skupna institucija po zveznem zakonu o zdravstvenem zavarovanju), Solothurn;

(<sup>3</sup>) Navedite vse priimke v vrstnem redu, kakor so vpisani v matični register.

\_\_\_\_\_



INDIVIDUALNI OBRAČUN MESEČNIH PAVŠALNIH IZPLAČIL

Uredba (EGS) št. 1408/71: člen 36(1) in 2  
Uredba (EGS) št. 574/72: člen 94; člen 95

Nosilec v kraju stalnega prebivališča mora izpolniti obrazec za eno koledarsko leto in ga poslati pristojnemu nosilcu prek organa, imenovanega za izvajanje člena 102(2) Uredbe (EGS) št. 574/72.

Prosimo, da obrazec izpolnite v treh izvodih s tiskanimi črkami in pišete le na označena polja.  
Za vsakega upokojenca in vsakega družinskega člana je treba izpolniti ločen obrazec.

1.	Obračun št. ....	iz leta 20 .....	(2)
----	------------------	------------------	-----

2.	Pristojni nosilec
2.1	Ime: .....
2.2	Identifikacijska številka nosilca: .....
2.3	Naslov: .....
	.....

3.	Pravica do storitev je bila odobrena za <input type="checkbox"/> zaposleno osebo <input type="checkbox"/> upokojenca <input type="checkbox"/> samozaposleno osebo
3.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Priimek(-ki) ob rojstvu (če je/so drugačen(-ni)): .....
3.3	Ime(-na): ..... Datum rojstva: .....
3.4	Osebna identifikacijska številka, ki jo dodeli pristojni nosilec: .....
3.5	Osebna identifikacijska številka, ki jo dodeli nosilec upnik: .....

4.	Ta individualni obračun zadeva:
4.1	<input type="checkbox"/> družino osebe, navedene v točki 3, ki živi na naslednjem naslovu: .....
4.2	<input type="checkbox"/> upokojenca, navedenega v točki 3, ki živi na naslednjem naslovu: .....
4.3	<input type="checkbox"/> naslednjega družinskega člana upokojenca, navedenega v točki 3 <input type="checkbox"/> naslednjega družinskega člana osebe, navedene v točki 3 <sup>(4)</sup>
4.3.1	Priimek(-ki) <sup>(3)</sup> : .....
4.3.2	Ime(-na): ..... Datum rojstva: .....
4.3.3	Naslov: .....
4.3.4	Osebna identifikacijska številka, ki jo dodeli pristojni nosilec: .....
4.3.5	Osebna identifikacijska številka, ki jo dodeli nosilec upnik: .....



5. Pravica do storitev za družinske člane zgoraj navedenega delavca ali zgoraj navedenega upokojenca in njegove družinske člane je bila potrjena z vašim obrazcem

E: ..... z dne: ..... (datum)

6. Za obdobje veljavnosti te pravice

od: ..... do: .....,

6.1 število mesečnih pavšalnih izplačil: .....

6.2  na družino, ne glede na število družinskih članov in eno tarifno stopnjo;

na upokojeno osebo ali njegove/njene družinske člane – za vsakega poseben E-obrazec ter ista tarifna stopnje za upokojeno osebo kot za člane njegove/njene družine;

na posameznika <sup>(4)</sup>.

7.	Nosilec upnik		
7.1	Ime: .....		
7.2	Identifikacijska številka nosilca: .....		
7.3	Naslov: .....		
7.4	Žig <sup>(5)</sup>	7.5	Datum: .....
		7.6	Podpis: .....

#### 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> Tukaj navedite leto, ko so bile storitve zagotovljene.

<sup>(4)</sup> V primeru posebne sheme pavšalnega izplačila.

<sup>(5)</sup> Elektronsko poslanega in podpisanega obrazca ni treba žigosati.