S1

Registrace pro účely krytí zdravotní péče

Nařízení EU 883/04 a 987/09 (*)

INFORMACE PRO DRŽITELE

Toto osvědčení opravňuje vás a vaše rodinné příslušníky k nároku na věcné dávky (např. zdravotní péči, lékařskou péči atd.)v nemoci a mateřství a na rovnocenné otcovské dávky ve státě vašeho bydliště. Vaši rodinní příslušníci jsou kryti pouze tehdy, pokud splňují podmínky stanovené v právních předpisech státu bydliště.
Osvědčení musí být co nejdříve předáno instituci zdravotního pojištění v místě bydliště (**).
Seznam institucí zdravotního pojištění viz na: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. OSOBNÍ ÚDAJE DRŽITELE

1.1 Osobní identifikační číslo v příslušném členském státě

1.2 Příjmení

1.3 Jméno

1.4 Rodné příjmení (***)

1.5 Datum narození

1.6 Adresa ve státu bydliště

1.6.1 Ulice, č.

1.6.2 Obec

1.6.3 Poštovní směrovací číslo

1.6.4 Kód země

1.7 Status

☐ 1.7.1 Pojištěná osoba

☐ 1.7.2 Rodinný příslušník pojištěné osoby

☐ 1.7.3 Důchodce

☐ 1.7.4 Rodinný příslušník důchodce

☐ 1.7.5 Žadatel o důchod

2. PENĚŽITÉ DÁVKY DLOUHODOBÉ PÉČE

☐ 2.1 Držitel pobírá peněžité dávky dlouhodobé péče

(*) Nařízení (ES) č. 883/2004, články 17, 22, 24, 25, 26 a 34, a 987/2009, články 24 a 28.
(**) Ve Španělsku musí být osvědčení předáno hlavním oblastním úřadům národního ústavu sociálního zabezpečení (INSS) v místě bydliště, ve Švédsku instituci sociálního pojištění v místě bydliště a v Portugalsku instituci sociálního zabezpečení v místě bydliště.
(***) Informace poskytnuté instituci držitelem, pokud instituci nejsou známy.

©Evropská komise

Registrace pro účely krytí zdravotní péče

3. OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉ OSOBY
(vyplní se tehdy, má-li držitel nárok na zdravotní péči na základě pojištění jiné osoby)

3.1 Osobní identifikační číslo v příslušném členském státě

3.2 Příjmení

3.3 Jména

3.4 Rodné příjmení (*)

3.5 Datum narození

3.6 Adresa pojištěné osoby, pokud se liší od adresy v bodě 1.6

3.6.1 Ulice, č.

3.6.2 Obec

3.6.3 Poštovní směrovací číslo

3.6.4 Kód země

4. POJISTNÉ KRYTÍ OD/DO:

4.1 Počáteční datum

4.2 Datum ukončení

5. INSTITUCE VYPLŇUJÍCÍ FORMULÁŘ

5.1 Název

5.2 Ulice, číslo

5.3 Obec

5.4 PSČ

5.5 Kód země

5.6 Kód instituce

5.7 Faxové číslo - kancelář

5.8 Telefonní číslo - kancelář

5.9 E-mail

5.10 Datum

5.11 Podpis

RAZÍTKO

(*) Informace poskytnuté instituci držitelem, pokud instituci nejsou známy.