

УПУТСТВО / POUČENIE

- (1) Образац попуњава надлежна организациона јединица носиоца здравственог осигурања у Србији и предаје га осигуранику или доставља носиоцу према месту боравка или органу за везу у Словачкој.
Тлачиво испуњава пристојна организацна јединица носитеља здравственог осигурања у Србији а одговарајуће доставља носиоцу, односно доносиоцу, у месту пребивања или контактном месту у Словачку.
- (2) Одговарајуће означити крстићем. / Zodpovedajúce vyznačíte krížikom.
- (3) Поштански број, место, улица, кућни број. / PSČ, miesto, ulica, číslo domu.
- (4) Попунити само за чланове породице који имају право на давања. / Vyplniť len ak majú rodinní príslušníci nárok na dávku.
- (5) Попунити само ако се адреса чланова породице разликује од адресе у тачки 1. / Vyplniť len ak je adresa rodinných príslušníkov rozdielna od adresy uvedenej v bode 1.

Обавештење за осигураника / Inštrukcie pre poistenca

Потврду предати словачком здравственом осигурању, по сопственом избору, у месту боравка, који исту оверава са датумом, потписом и печатом. Овако оверена потврда омогућава коришћење хитне здравствене заштите у здравственој установи са којом словачко здравствено осигурање има закључен уговор.

Потврду предклада јој држитељ словачке здравствене осигурнице, који се изабере за своју институцију у месту пребивања, која јој потврди датумом, потписом и отплатком печатка. Такто потврдене тлачиво осправљује држитеља на чепање неопкладних вецних давок у змлувненог поскутоватеља здравотнеј старостливости данеј здравотнеј осигурнице.