

ZMLUVA MEDZI SLOVENSKOU REPUBLIKOU A SRBSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNOH ZABEZPEČENÍ
СПОРАЗУМ ИЗМЕЂУ СЛОВАЧКЕ РЕПУБЛИКЕ И РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ О СОЦИЈАЛНОЈ СИГУРНОСТИ

POTVRDENIE O SČÍTANÍ DÔB POISTENIA ⁽¹⁾
ПОТВРДА О САБИРАЊУ ПЕРИОДА ОСИГУРА

(Článok 10 Zmluvy)
(Члан 10. Споразума)
(Článok 5 Vykonávacej dohody)
(Члан 5. Административног споразума)

[illegible]

Rodno čísló
Јединствени матични број грађана (ЈМБГ)

ČASŤ A / ДЕО А

1. Inštitúcia, od ktorej sa požaduje potvrdenie / Носилац од кога се тражи потврда

1.1. Názov / Назив

1.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

2. Poistenec / Осигураник

2.1.	Priezvisko / Презиме	Meno / Име	Dátum narodenia / Датум рођења
------	----------------------	------------	--------------------------------

2.2 Adresa v Srbskeji republike / Адреса у Србији ⁽²⁾

2.3. Adresa v Slovenskej republike / Адреса у Словачкої ⁽²⁾

**3. Posledná zárobková činnosť, ktorá zakladala poistenie /
Последњи основ на коме се заснива осигурање**

3.1. Druh poistenia / Врста осигурања ⁽³⁾

☐ Zamestnanec / Запослење ☐ SZČO / Самостална делатност ☐ Ostatné / Остало

3.2. Názov zamestnávateľa / Назив послодавца

3.3. Adresa / Адреса ⁽²⁾

4. Žiadame o potvrdenie obdobia poistenia od do dosiahnuté na účely:

Молимо да нам потврдите periode осигурања навршене од _____ до _____ у циљу остваривања права на:

☐ peňaznej dávky v chorobe a materstve новчано давање за случај болести и материнства	☐ vecnej dávky v chorobe a materstve давања у натури за случај болести и материнства
---	--

5. Príslušná inštitúcia / Надлежни носилац

5.1. Názov / Назив

5.2. Adresa / Адреса ⁽²⁾

Dátum / Датум

Rečiatka / Печат

Podpis / Подпис

ČASŤ B / ДЕО Б

6. Doba poistenia / Период осигурања

6.1. Poistenec uvedený v bode 2. získal nasledovné doby poistenia:

Осигураник из тачке 2. навршио је следеће периоде осигурања:

od / од	do / до	druh poistenia / врста осигурања ⁽⁴⁾
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

7. Inštitúcia, od ktorej sa požaduje potvrdenie / Носилац од кога се тражи потврда

7.1. Názov / Назив

7.2. Adresa /Адреса ⁽²⁾

Dátum / Датум

Pečiatka / Печат

Podpis / Потпис

POUČENIE

УПУТСТВО

- (1) Príslušná inštitúcia zmluvného štátu, ktorá žiada o potvrdenie, vyplní časť A tlačiva a doručí ho v dvoch vyhotoveniach inštitúcii druhého zmluvného štátu. V prípade, ak žiada o potvrdenie dôb poistenia srbská strana, zasiela žiadosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ak žiada o potvrdenie dôb poistenia slovenská strana, zasiela žiadosť nositeľovi zdravotného poistenia v Srbskej republike. Inštitúcia, ktorá vyplní časť B tlačiva ihneď vráti jedno vyhotovenie inštitúcii druhého zmluvného štátu, ktorá o potvrdenie dôb požiadala.

Надлежни носилац државе уговорнице која тражи потврду попуњава део А обрасца и доставља га, у два примерка, носиоцу друге државе уговорнице У случају да потврду периода осигурања тражи српска страна захтев се шаље Уреду за надзор над здравственом негом. У случају да потврду периода осигурања тражи словачка страна захтев се шаље носиоцу здравственог осигурања у Републици Србији. Носилац који попуњава део Б обрасца одмах враћа један примерак надлежном носиоцу друге државе уговорнице која је потврду периода осигурања затражила.

- (2) PSČ, miesto, ulica, číslo domu / Поштански број, место, улица, кућни број.
- (3) Zodpovedajúce vyznačte krížikom / Одговарајуће означити крстићем.
- (4) Uved'te druh poistenia použitím nasledovných kódov / Наведите врсту осигурања користећи следеће шифре:

A = zamestnanec / запослење

B = samostatne zárobkovo činná osoba / самостална делатност

C = ostatné / остало