

SPORAZUM IZMEĐU CRNE GORE I SLOVAČKE REPUBLIKE O SOCIJALNOM OSIGURANJU
ZMLUVA MEDZI ČIERNOU HOROU A SLOVENSKOU REPUBLIKOU O SOCIÁLNO M ZABEZPEČENÍ

**POTVRDA O PRAVU NA HITNA DAVANJA U NATURI
ZA VRIJEME PRIVREMENOG BORAVKA U SLOVAČKOJ ⁽¹⁾**
**POTVRDENIE O NÁROKU NA NEODKLADNÉ VECNÉ DÁVKY
POČAS DOČASNÉHO POBYTU NA SLOVENSKU**

Sporazum: član 11. stav 2.

Zmluva: článok 11 ods. 2

Administrativni sporazum: član 6. st. 1. i 2.

Vykonávacia dohoda: článok 6 ods. 1 a 2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jedinstveni matični broj (JMB)

Jednotné matričné číslo občana

1. ☐ Osiguranik/Poistenec ☐ Penzioner/Dôchodca ⁽²⁾

1.1.	Prezime/Priezvisko	Ime/Meno	Datum rođenja/Dátum narodenia
1.2.	Adresa/Adresa ⁽³⁾		

2. Član-ovi porodice/Rodinný-ní príslušník-ci ⁽⁴⁾

	Prezime/Priezvisko	Ime/Meno	JMB/OIČ
2.1.			
2.2.			
2.3.			
2.4.			

Adresa:/Adresa: ⁽⁵⁾

3. Ako zdravstveno stanje navedenog lica (navedenih lica) za vrijeme privremenog boravka u Slovačkoj zahtijeva hitnu medicinsku pomoć, lice ima pravo na davanja koje nije moguće odložiti, a da pri tom ne bude ugrožen život ili zdravlje lica.

Ak si zdravotný stav uvedenej osoby (uvedených osôb) počas dočasného pobytu na Slovensku vyžaduje rýchlu zdravotnú pomoc, osoba má nárok na neodkladné vecné dávky, aby nebol ohrozený život alebo zdravie osoby.

4. Ova potvrda važi/Toto potvrdenie platí

od/od _____ zaključno do/vrátane do _____

5. Nadležni nosilac/Príslušná inštitúcia

5.1. Naziv/Názov

5.2. Adresa/Adresa ⁽³⁾

5.3. Identifikacioni broj nosioca/Identifikačné číslo inštitúcie

Datum/Dátum

Pečat/Pečiatka

Potpis/Podpis

UPUTSTVO/POUČENIE

- (1) Obrazac popunjava nadležna organizaciona jedinica nosioca zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori i predaje ga osiguraniku ili dostavlja nosiocu prema mjestu boravka ili organu za vezu u Slovačkoj./
Tlačivo vyplňa príslušná organizačná jednotka nositeľa zdravotného poistenia v Čiernej Hore a odovzdá ho poistencovi, resp. ho doručí inštitúcii v mieste pobytu alebo kontaktnému miestu na Slovensku.
- (2) Odgovarajúce označiti krstíćem./Zodpovedajúce vyznačíte krížikom.
- (3) Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj./PSČ, miesto, ulica, číslo domu.
- (4) Popuniti samo za članove porodice koji imaju pravo na davanja./Vyplniť, len ak majú rodinní príslušníci nárok na dávky.
- (5) Popuniti samo ako se adresa članova porodice razlikuje od adrese u tački 1./Vyplniť, len ak je adresa rodinných príslušníkov rozdielna od adresy uvedenej v bode 1.

Obavještenje za osiguranika/Instrukcie pre poistenca

Potvrdu predati slovačkom zdravstvenom osiguranju, po sopstvenom izboru, u mjestu boravka, koji istu ovjerava sa datumom, potpisom i pečatom. Ovako ovjerena potvrda omogućava korišćenje hitne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi sa kojom slovačko zdravstveno osiguranje ima zaključen ugovor.

Potvrdenie predkladá jeho držiteľ slovenskej zdravotnej poisťovni, ktorú si vyberie za svoju inštitúciu v mieste pobytu, ktorá ho potvrdí dátumom, podpisom a odtlačkom pečiatky. Takto potvrdené tlačivo oprávňuje držiteľa na čerpanie neodkladných vecných dávok u zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti danej zdravotnej poisťovne.