Príloha č. 1 k MU 03/2018
SK/MNE 104

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

POTVRDENIE O SČÍTANÍ DÔB POISTENIA
POTVRDA O SABIRANjU PERIODA OSIGURANjA (1)

(Článok 10 Zmluvy)
(Član 10. Sporazuma)
(Článok 5 Vykonávacej dohody)
(Član 5. Administrativnog sporazuma)

Rodné číslo
Jedinstveni matični broj (JMB)

Rodné číslo v Slovenskej republike
Broj na rođenju u Slovačkoj

ČASŤ A/DIO A

1. Inštitúcia, od ktorej sa požaduje potvrdenie/Nosilac od koga se traži potvrda

1.1. Názov/Naziv

1.2. Adresa/Adresa (2)

2. Poistenec/Osiguranik

2.1. Priezvisko/Prezime Meno/Ime Dátum narodenia/Datum rođenja

2.2 Adresa v Čiernej Hore/Adresa u Crnoj Gori (2)

2.3. Adresa v Slovenskej republike/Adresa u Slovačkoj (2)

3. Posledná zárobková činnosť, ktorá zakladala poistenie/ Poslednji osnov na kome se zasniva osiguranje

3.1. Druh poistenia/Vrsta osiguranja (3)

☐ Zamestnanec/Zaposlenje ☐ SZČO/Samostalna djelatnost ☐ Ostatné/Ostalo

3.2. Názov zamestnávateľa/Naziv poslodavca

3.3. Adresa/Adresa (2)

4. Žiadame o potvrdenie obdobia poistenia od..... do..... dosiahnuté na účely:
Molimo da nam potvrdite periode osiguranja navršene prije ..... godine u cilju ostvarivanja prava na:

☐ **peňažnej dávky v chorobe a materstve**
novčano davanje za slučaj bolesti i materinstva

☐ **vecnej dávky v chorobe a materstve**
davanja u naturi za slučaj bolesti i materinstva

5. Príslušná inštitúcia/Nadležni nosilac

5.1. Názov/Naziv

5.2. Adresa/Adresa (2)

Dátum/Datum Pečiatka/Pečat Podpis/Potpis

ČASŤ B/DIO B

6. Doba poistenia/Periodi osiguranja

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

Osiguranik iz tačke 2. navršio je sledeće periode osiguranja

od/od - do/do	druh poistenia/vrsta osiguranja (4)

7. Inštitúcia, od ktorej sa požaduje potvrdenie/Nosilac od koga se traži potvrda

7.1. Názov/Naziv

7.2. Adresa/Adresa (2)

Dátum/Datum	Pečiatka/Pečat	Podpis/Potpis

POUČENIE/UPUTSTVO

(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 čiernohorská strana, zasiela žiadosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ak žiada o potvrdenie dôb poistenia slovenská strana, zasiela žiadosť nositeľovi zdravotného poistenia v Čiernej Hore. Inštitúcia, ktorá vypĺňa časť B tlačiva, ihneď vráti jedno vyhotovenie inštitúcii druhého zmluvného štátu, ktorá o potvrdenie dôb požiadala.
Nadležni nosilac države ugovornice koja traži potvrdu popunjava dio A obrasca i dostavlja ga, u dva primjerka, nosiocu druge države ugovornice. U slučaju da potvrdu perioda osiguranja traži crnogorska strana zahtjev se šalje Uredu za nadzor nad zdravstvenom njegom. U slučaju da potvrdu perioda osiguranja traži slovačka strana zahtev se šalje nosiocu zdravstvenog osiguranja u Crnoj Gori. Nosilac koji popunjava dio B obrasca odmah vraća jedan primerak nadležnom nosiocu druge države ugovornice koja je potvrdu perioda osiguranja zatražila.
.

(2) PSČ, miesto, ulica, číslo domu/Poštanski broj, mjesto, ulica, kućni broj

(3) Zodpovedajúce vyznačte krížikom./Odgovarajuće označiti krstićem.

(4) Uveďte druh poistenia použitím nasledovných kódov./Navedite vrstu osiguranja koristeći sledeće šifre:

A = zamestnanec/zaposlenje
B = samostatne zárobkovo činná osoba/samostalna djelatnost
C = ostatné/ostalo

V prípade vydávania potvrdenia na účely vecnej dávky v chorobe a materstve podľa slovenských právnych predpisov sa druh poistenia nevypĺňa.
U slučaju izdavanja potvrde za davanja u naturi za slučaj materinstva prema slovačkim pravnim propisima vrsta osiguranja se ne navodi.