


OŚWIADCZENIE DO ZAGRANICZNYCH ZWOLNIEŃ LEKARSKICH (załączyć do zwolnienia)

Norweski numer osobisty (11 cyfr):	Nazwisko i imiona
Nazwa pracodawcy/firmy zatrudnienia:	
Czy pracodawca wypłaca wynagrodzenie po pierwszych 16 dniach choroby?	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeżeli nie, prosimy podać konto, na które należy przelać zasiłek chorobowy:	
<input type="checkbox"/> Konto bankowe	<input type="checkbox"/> Konto w banku pocztowym
<input type="checkbox"/> Numer konta w banku norweskim	<input type="checkbox"/> Numer konta w banku zagranicznym <i>(wszystkie cztery rubryki poniżej muszą zostać wypełnione)</i>
IBAN:	SWIFT/BIC:
Nazwa banku:	Adres banku:

Czy pan/i wykonuje lub będzie wykonywać pracę w okresie, w którym ubiega się pan/i o zasiłek chorobowy?		
<input type="checkbox"/> Tak za okres:	Od	Do <input type="checkbox"/> Nie
Czy poza pracą u pracodawcy norweskiego, wykonuje pan/i pracę w kraju stałego zamieszkania?		
<input type="checkbox"/> Tak Gdzie:		<input type="checkbox"/> Nie
Czy wykorzysta pan/i urlop w okresie, w którym ubiega się pan/i o zasiłek chorobowy?		
<input type="checkbox"/> Tak w okresie:	Od	Do <input type="checkbox"/> Nie
Okres zwolnienia lekarskiego		
Od	Do	(Okres wymieniony w zwolnieniu lekarskim)
Czy lekarz stwierdził powrót do zdrowia?		
<input type="checkbox"/> Tak	Od dnia:	<input type="checkbox"/> Nie

Adres w kraju stałego zamieszkania:
--

Telefon:	Komórka:	E-mail:
----------	----------	---------

Zobowiązuję się powiadomić NAV Internasjonalt o ile w okresie zwolnienia lekarskiego:

- podejmę pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin
- podejmę naukę
- wyjadę za granicę (poza Norwegię lub kraj stałego zamieszkania)
- zostanę zatrzymany w areszcie śledczym, pozbawiony wolności lub będę wykonywać prace społecznie użyteczne.
- wykorzystam należny mi urlop

Jestem świadomy/a tego, że zasiłek chorobowy może podlegać wstrzymaniu, a także, że w przypadku wypłacenia zasiłku chorobowego na podstawie podanych przeze mnie informacji niezgodnych z prawdą, lub w przypadku zatajenia przeze mnie informacji mających wpływ na uprawnienie do zasiłku chorobowego, będę musiał/a otrzymać kwotę zasiłku chorobowego zwrócić. Jestem świadomy/a tego, że powyższe grozi odpowiedzialnością karną.

Miejsce i data

Podpis

NAV Internasjonalt // NAV National Office for Social Insurance Abroad

Postadresse / Address Postboks 8138 Dep. N-0033 OSLO

visiting address : Langkaia 1 //0150 Oslo

Telefon / Telephone +47 21 07 37 00 Telefax +47 21 07 37 01