

Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka ZP MV ČR

ZP MV ČR - kód 211 Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině

(podle § 8 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ř S Š ť Ú ů V W X Y Ž

1. Identifikace pojištěnce

Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	Číslo pojištěnce (rodné číslo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Rodné příjmení
		<input type="text"/>

2. Prohlášení

V cizině budu nepřetržitě

OD - DO

Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců!

- Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn(a).
- Povinnost platit pojistné zaniká dnem, který je výše uveden jako začátek pobytu v cizině, ne však dříve, než dnem následujícím po dni doručení tohoto prohlášení zdravotní pojišťovně. Povinnost platit pojistné vzniká opět dnem návratu do ČR.
- Jsem si vědom(a), že ode dne uvedeného jako začátek pobytu v cizině až do dne, kdy se opět u zdravotní pojišťovny přihlásím (viz bod 6), nemám nárok na úhradu zdravotní péče (včetně léků) z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce.
- V případě, že můj pobyt v cizině bude kratší než 6 měsíců nebo nesplním další podmínky stanovené zákonem, jsem povinen(a) uhradit pojistné v plné výši za celé období, za které nebylo placeno, jako by nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- Po návratu z ciziny jsem povinen(a) se přihlásit u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud tento doklad nepředložím, budu povinen(a) doplatit pojistné, jako by nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- Pokud není doklad v českém jazyce, je nutné doložit český (neověřený) překlad. Pokud jako doklad o zdravotním pojištění v cizině bude předložena platební karta, je nutné doložit originál smluvních podmínek k vydání karty. (V případě, že v zemi, kde bude pojištěnec pobývat déle než šest měsíců, neexistuje možnost zdravotního pojištění uzavřít, je povinen pojištěnec po celou dobu pobytu v cizině platit pojistné v České republice jako osoba bez zdanitelných příjmů nebo uzavřít některou z forem komerčního zdravotního pojištění.)

Místo pro záznamy ZP MV ČR:

Průkaz pojištěnce číslo:

Vrácen dne:

Prohlášení převzato dne:

Podpis a razítko ZP MV ČR:

Kopie tohoto prohlášení předána pojištěnci (podpis pojištěnce):

3. Datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PROHLÁŠENÍ jsou pravdivé a že ohlásím ZP MV ČR všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

ZP MV ČR 78.01/2011



Vyplněno dne

Podpis pojištěnce