

Prohlášení o těžišti zájmů v EU

Jméno a příjmení: Rodné číslo:

Email (nepovinný údaj):

V členském státě EU, EHP (Norsko, Island, Lichtenštejnsko) nebo ve Švýcarsku budu vykonávat výdělečnou činnost (zaměstnání nebo samostatnou výdělečnou činnost) a budu tam zdravotně pojištěn/a. Výdělečnou činnost v (uvedte konkrétní zemi): začnu vykonávat od (uvedte datum):

V členském státě EU, EHP (Norsko, Island, Lichtenštejnsko) nebo ve Švýcarsku budu zdravotně pojištěn/a z důvodu mého těžišti zájmů (např. jako nezaopatřený rodinný příslušník jiné osoby, z důvodu pobírání peněžitých dávek nebo důchodu v této zemi, či z důvodu mého bydliště), což doložím příslušnými doklady. V (uvedte konkrétní zemi): budu pojištěn/a od (uvedte datum) :

1) Od uvedeného dne budu zdravotně pojištěn/a ve výše uvedené zemi (státě EU, EHP či Švýcarsku), na základě nařízení EP a Rady (ES) č. 883/04 (a jeho prováděcího předpisu č. 987/09) o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

2) Jsem si vědom/a, že ode dne uvedeného jako počátek pojištění v jiné členské zemi EU, EHP či ve Švýcarsku nemám nárok na úhradu zdravotní péče ze strany Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR (dále jen „ZP MV ČR“).

3) Beru na vědomí, že do 8 dnů od výše uvedené skutečnosti (ukončení pojištění u ZP MV ČR) mám povinnost odevzdat ZP MV ČR průkaz pojištěnce. V této souvislosti beru na vědomí, že ZP MV ČR mi může dle § 44 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, uložit pokutu až do výše 5000 Kč v případě, že bych se při poskytování zdravotní péče prokázal/a jejím průkazem pojištěnce v době, kdy jsem jejím pojištěncem již nebyl/a. Současně beru na vědomí, že ZP MV ČR po mně může vymáhat náklady na zdravotní péči, které uhradila v důsledku mého neoprávněného použití průkazu pojištěnce ZP MV ČR.

4) Při opětovném přihlášení ke zdravotnímu pojištění v ČR mám povinnost zdravotní pojišťovně prokázat, že jsem byl/a ve výše uvedené zemi zdravotně pojištěn/a, případně to, že se na mne po uvedenou dobu vztahovaly předpisy sociálního zabezpečení tohoto státu. Pokud tento doklad nepředložím, mám povinnost doplatit pojistné na zdravotní pojištění zdravotní pojišťovně v ČR. 5) Pojištění v jiném členském státě EU, EHP či ve Švýcarsku prokazují formulářem E104 či S041, případně pracovní smlouvou včetně všech po sobě jdoucích výplatních pásek. Podléhání předpisům sociálního zabezpečení jiného státu EU, EHP či Švýcarska mohou případně doložit formulářem E101 či A1 .

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem dále stvrzuji, že jsem prohlášení porozuměl/a.

Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Pojištěnec bere na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro naplnění účelu vyplývajícího z tohoto formuláře. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).

V Dne: Podpis pojištěnce:.....

Místo pro záznamy ZP MV ČR:

Prohlášení převzato dne:Průkaz pojištěnce číslo: vrácen dne:

Podpis a razítko ZP MV ČR:

Kopie tohoto prohlášení předána pojištěnci (podpis pojištěnce):