

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. Vyplňte 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

[illegible]

Jméno

[illegible]

Číslo pojištěnce (rodné číslo)

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Titul (nepovinný údaj)

[illegible]

2. Prohlášení podle § 8 odst. 4 z.č. 48/1997 Sb.

V cizině budu nepřetržitě

OD (začátek pobytu v cizině)

[illegible]

DO (předpokládaná doba návratu)

[illegible]

Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců!

1. Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn(a). Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit pojišťovně průkaz pojištění.
2. Jsem obeznámen(a) s tím, že povinnost hradit pojistné zaniká až dnem, který je uveden výše jako začátek pobytu v cizině, ne však dříve než dnem následujícím po dni doručení tohoto prohlášení zdravotní pojišťovně. Jsem si vědom(a) skutečnosti, že od stejného dne až do dne, kdy se opět přihlásím u zdravotní pojišťovny, nemám nárok na poskytování hrazených služeb (zdravotní péče) z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dále jsem si plně vědom(a) toho, že ZP MV ČR je oprávněna vyžadovat po mně náhradu za uhrazené zdravotní služby, které jsem po dobu pobytu v cizině na území cizího státu, popřípadě v ČR, neoprávněně čerpal(a) na náklady ZP MV ČR.
3. 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, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 z.č. 48/1997 Sb. Předložím-li doklad o uzavřeném pojištění v cizině, který nekryje celou dobu, kdy jsem nebyl(a) povinen(a) platit pojistné v ČR, budu povinen(a) doplatit zpětně pojistné za každý kalendářní měsíc, ve kterém zdravotní pojištění v cizině netrvalo po celý takový kalendářní měsíc (penále se nevymáhá).
4. 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, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 z.č. 48/1997 Sb.
5. 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 zdravotní 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.)
6. Jsem si vědom(a), že další prohlášení o pobytu v cizině dle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. mohu podat nejdříve po uplynutí 2 celých kalendářních měsíců následujících po dni, kdy jsem se u zdravotní pojišťovny přihlásil(a) po návratu z předchozího pobytu v cizině.

Místo pro záznamy ZP MV ČR:

Průkaz pojištění číslo:

Vrácen dne:

Prohlášení převzato dne:

Podpis a razítko ZP MV ČR:

Kopie tohoto prohlášení předána pojišťenci (podpis pojišťence):

3. Datum vyplnění a podpis pojištěnce

Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem dále stvrzuji, že jsem prohlášení podle bodu 2 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 účelů vyplývajících z tohoto formuláře. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).

ZP MV ČR 78.01/2018



Vyplněno dne

[illegible]

Podpis pojištěnce