

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ o ukončení dlouhodobého pobytu v zahraničí

Číslo pojištěnce v ČR	
Jméno a příjmení	
Kontaktní adresa v ČR	
Telefon	
Email	

Označte křížkem typ návratu ze zahraničí.

**Návrat z EU\*:**

V případě návratu ze země EU\*, doložím příslušné dokumenty potvrzující zdravotní pojištění po dobu pobytu v zahraničí evropskými formuláři /E104 - S041, E301 - U1/ případně potvrzením o délce zaměstnání/pojištění.

Prohlašuji, že jsem:

- ukončil(a) výdělečnou činnost v EU\* ke dni.....
- ukončil(a) pobírání věcných dávek z EU\* ke dni.....  
*/peněžitá pomoc v mateřství, dávky důchodového/nemocenského pojištění, podpora v nezaměstnanosti/*
- se vrátil(a) z EU\* dne:.....

**Návrat ze země mimo EU\*:**

V případě ukončení dlouhodobého pobytu mimo země EU\*, jsem povinen doložit zdravotní pojištění platné po celou dobu pobytu v zahraničí, a to od.....do.....

**Tímto žádám o obnovení veřejného zdravotního pojištění v ČR dle výše uvedených skutečností nebo od následujícího dne po návratu z dlouhodobého pobytu v zahraničí.**

Současně beru na vědomí, že **nepředložením dokladů o platném pojištění** v zahraničí od.....do....., bude zdravotní pojištění v ČR stanoveno dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, včetně všech práv a povinností ze zákona plynoucích tj. úhrada pojistného včetně penále jako osoba bez zdanitelných příjmů /OBZP/, která má povinnost hradit si pojistné z vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda, pokud tato skutečnost trvá celý kalendářní měsíc.

Výše uvedené období pobytu v zahraničí doložím příslušnými dokumenty, **nejpozději do tří měsíců ode dne podepsání tohoto prohlášení.**

Období, která budou doložena příslušnými doklady o pojištění v zahraničí, budou z výše požadovaného období vyňata.

Jsem si vědom(a), že **zdravotní pojišťovna má právo po mé osobě požadovat zpětně náhradu škody za neoprávněné čerpání zdravotní péče v ČR, vzniklou v období mého pojištění v zahraničí.**

.....  
Podpis klienta, datum

.....  
Přijato dne