

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

**O UKONČENÍ DLOUHODOBÉM POBYTU POJIŠTĚNCE V CIZINĚ**

|  |  |
| --- | --- |
| Číslo pojištěnce v ČR |  |
| Jméno a příjmení |  |
| Kontaktní adresa v ČR |  |
| Telefon |  |
| e-mail  |  |

*\* 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 RBP dne