

**PROHLÁŠENÍ O DLOUHODOBÉM POBYTU POJIŠTĚNCE V CIZINĚ**

(podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění v platném znění)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení** | **Jméno** | **Číslo pojištěnce** | **Trvalá adresa v ČR** |
|  |  |  |  |

**V cizině budu nepřetržitě od: …………………… Místo pobytu, země: ……………………**

 **Dlouhodobý pobyt:**

 **v EU, EHP a Švýcarsko -** osoby, které jsou považovány za nezaopatřené\*, musí být na základě Evropských nařízení pojištěny ve státě pojištění živitele.

 **mimo EU -** je možné zvolit, zda budou rodinní příslušníci vyvázáni z českého systému zdravotního pojištění.

*(\*Nezaopatřený rodinný příslušník = osoba, která není výdělečně činná a nepobírá peněžité dávky z předchozí výdělečné činnosti)*

**OZNÁMENÍ O RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍCÍCH**

**Existence rodinných příslušníků:** ANO NE **–** nemusí se vyplňovat.

**Žádám o vyvázání rodinných příslušníků z českého systému zdravotního pojištění:**

*(volba vyvázání je možná pouze v případě pobytu mimo země EU)* ANO NE

**Manžel/ manželka/ registrovaný partner:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení** | **Jméno** | **Číslo pojištěnce** | **Zdravotní pojišťovna** |
|  |  |  |  |

**Děti:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení** | **Jméno** | **Číslo pojištěnce** | **Zdravotní pojišťovna** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Do výše uvedené tabulky uveďte pouze děti do 15 let, starší děti pouze v případě, že studují střední nebo vysokou školu. Nevyplňujte děti, které nemáte ve své výlučné, případně střídavé péči.*

**Podpis pojištěnce………………………………**

**Čestné prohlášení**

1. 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. Vzniká opět dnem návratu do ČR.
2. 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 péče v České republice hrazené zdravotním pojištěním RBP, zdravotní pojišťovnou po celou dobu uvedenou výše**, a to z důvodu pojištění v cizině.
3. Všechny skutečnosti spojené se změnou mého dlouhodobého pobytu v cizině, jsem povinen/a nahlásit nejpozději do osmi dnů, a to na kterékoliv kontaktní místo RBP.
4. Před odjezdem do ciziny jsem povinen/a vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce. Nevrácení je pokutováno dle § 44 odst. 4 dle uvedeného zákona.
5. **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 dle uvedeného zákona.
6. **Po návratu z ciziny jsem povinen/a přihlásit se u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce.** Pokud tento doklad nepředložím, budu povinen doplatit pojistné, jako by nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 dle uvedeného zákona.
7. Jsem si vědom/a, že další takové prohlášení lze zdravotní pojišťovně podat nejdříve po uplynutí 2 celých kalendářních měsíců následující po dni opětovného přihlášení (viz. bod 6).
8. Toto prohlášení stvrzuji vlastnoručním podpisem na základě skutečné a svobodné vůle.

Beru na vědomí, že jsem povinen hlásit veškeré vzniklé změny do 8 dní od jejich vzniku.

**Podáno dne……………………………………**

**Podpis pojištěnce………………………………**