

PROHLÁŠENÍ O DLOUHODOBÉM POBYTU POJIŠTĚNCE V CIZINĚ

ДЕКЛАРАЦІЯ ДОВГОТЕРМІНОВОГО ПЕРЕБУВАННЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ
ОСОБИ ЗА КОРДОНОМ (відповідно до § 8 абзац 4 Закону № 48/1997 Зб. про
державне медичне страхування зі змінами)

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

Příjmení	Jméno	Číslo pojištění	Trvalá adresa v ČR
Прізвище	Ім'я	Номер страхового полісу	Постійна адреса проживання в ЧР

V cizině budu nepřetržitě od: Я буду перебувати безперервно за кордоном з дня:

.....

Místo pobytu, země: Місце проживання, країна:.....

Dlouhodobý pobyt: Тривале перебування:

☐ v zemi dle koordinačních nařízení EU v країні згідно з правилами координації
ЄС - osoby, které jsou považovány za nezaopatřené*, musí být na základě Evropských
nařízení pojištěny ve státě pojištění živatele. – особи, які вважаються утриманцями *,
повинні бути застраховані в країні страхування годувальника на основі
Європейських правил.

☐ v zemi mimo EU v країні за межами ЄС - je možné zvolit, zda budou rodinní
příslušníci vyvázáni z českého systému zdravotního pojištění. - можна вибрати, чи
будуть члени сім'ї виключені з чеської системи медичного страхування.

(*Nezaopatřený rodinný příslušník = osoba, která není výdělečně činná a nepobírá peněžité dávky z předchozí
výdělečné činnosti) (Утриманець* - член сім'ї, який перебуває на утриманні = особа,
яка не працює за наймом і не отримує грошової допомоги від попередньої
прибуткової діяльності).

OZNÁMENÍ O RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍCÍCH

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЧЛЕНІВ РОДИНИ

Наявність членів сім'ї:

Existence rodinných příslušníků:

TAK

☐ ANO

NI – можна не заповнювати

☐ NE – nemusí se vyplňovat.

Žádám o vyvázání rodinných příslušníků z českého systému zdravotního pojištění:

Я прошу виключити членів сім'ї з чеської системи медичного страхування:

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

☐ ANO

☐ NE

(варіант виключення можливий лише у разі перебування за межами ЄС)

TAK

NI

Manžel/ manželka/ registrovaný partner:
Чоловік/ дружина/ зареєстрований партнер подружжя:

Příjmení	Jméno	Číslo pojištění	Zdravotní pojišťovna
Прізвище	Ім'я	Номер страхового полісу	Страхова компанія

Děti: Діти:

Příjmení	Jméno	Číslo pojištění	Zdravotní pojišťovna
Прізвище	Ім'я	Номер страхового полісу	Страхова компанія

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

У вище уведену таблицю впишіть лише дітей віком до 15 років, дітей старшого віку, лише, якщо навчаються в середній школі чи коледжі. Не заповнюйте дітей, які не знаходяться під вашою опікою.

Підпис страхувальника.....

Podpis pojištěnce.....

Čestné prohlášení
ЧЕСНЕ ПРОГОЛОШЕННЯ
(АФІДЕВІТ)

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.

1. Зобов'язання щодо оплати страхових внесків закінчуються в день, зазначений вище як початок перебування за кордоном, але не раніше наступного дня після дати подачі цієї заяви компанії медичного страхування. Повинність оплачування страхових внесків активується в день повернення до Чехії.

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.**

2. Мені відомо, що з дати, зазначеної як початок мого перебування за кордоном, до дня, коли я знову зареєструюся в медичній страховій компанії (див. пункт 6), **я не маю права на відшкодування витрат на лікування в Чеській Республіці, яке покриває RBP страхування, медична страхова компанія, на весь період, зазначений вище, з причин страхування за кордоном.**

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.

3. Я зобов'язаний повідомити про всі факти, пов'язані зі зміною мого тривалого перебування за кордоном, не пізніше восьми днів в будь-якому контактному пункті RBP.

4. Před odjezdem do ciziny jsem povinen/a vrátit pojišťovně průkaz pojištění. Nevrácení je pokutováno dle § 44 odst. 4 dle uvedeného zákona.

4. Перед від'їздом за кордон я зобов'язана(ий) повернути страховій компанії картку страхувальника. За неповернення накладається штраф згідно з § 44, абзац 4 зазначеного Закону.

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.**

5. **У випадку, якщо моє перебування за кордоном буде менше 6 місяців, або якщо я не виконую інші умови, передбачені законодавством, я зобов'язана(ий) повністю сплатити страховий внесок за весь період, за який він не був сплачений, якщо не було вчинено згідно з § 8 абзац 4 згідно з вищезазначеним законом.**

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.

6. **Після повернення з-за кордону я зобов'язана(ий) повторно зареєструватися в медичній страховій компанії та надати підтвердження наявності медичного страхування, отримане в іноземній країні, та його дійсність.** Якщо я не пред'явлю цей документ, я буду зобов'язана(ий) сплатити страховий внесок, так ніби не було вчинено відповідно до § 8, абзац 4 зазначеного Закону.

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).

7. Мені відомо, що ще одну таку декларацію страховій компанії можна подати в не раніше, ніж після закінчення 2 повних календарних місяців після дня повторного запису (див. пункт 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.

8. Я підтверджую цю заяву власноручним підписом на підставі справжнього та добровільного волевиявлення. Я розумію, що зобов'язана(ий) повідомляти про будь-які зміни протягом 8 днів після їх виникнення.

Надіслано дня

Podáno dne.....

Підпис страхувальника.....

Podpis pojištěnce.....