

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ o ukončení dlouhodobého pobytu v zahraničí

Číslo pojištění 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 sociální/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.

Beru na vědomí, že zdravotní pojišťovna je v souvislosti s plněním svých úkolů v oblasti veřejného zdravotního pojištění oprávněna v nezbytném rozsahu nakládat s informacemi a údaji týkajícími se mé osoby, zejména je ověřovat, doplňovat, předávat, sdílet a získávat od příslušných úřadů, orgánů, institucí a pojišťoven v České republice i v zahraničí, jsou-li tyto informace a údaje potřebné pro posouzení, ověření nebo vyřízení příslušné záležitosti.

.....
Podpis klienta, datum

.....
Přijato dne