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, Švýcarsko, Velká Británie -** 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 – nemusítedále 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, 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 pracoviště RBP.
4. Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce.
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.

Současně 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.

Podáno dne……

Podpis pojištěnce……