

Tento formulář nelze použít, pokud se jedná o dlouhodobý pobyt v zahraničí mimo státy EU, EHP, Švýcarska a Velké Británie. V takovém případě vyplňte formulář „Prohlášení k dlouhodobému pobytu v zahraničí mimo státy EU, EHP, Švýcarska a Velké Británie“.

Příjmení a jméno:

Číslo pojištěnce/rodné číslo: Datum narození:

Telefon: E-mail:

Prohlašuji, že od data budu zdravotně pojištěn na základě:

- zaměstnání
- samostatné výdělečné činnosti
- pobírání peněžitých dávek
- bydliště
- jako nezaopatřený rodinný příslušník

ve státě u zdravotní pojišťovny

Mám následující nezaopatřené rodinné příslušníky:

Nezaopatřený rodinný příslušník = manžel/manželka nebo registrovaný partner/partnerka, který nemá příjem z vlastní výdělečné činnosti, nepobírá důchod, dávky v nezaměstnanosti, nemocenskou ani peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění; studující děti do 26 let věku.

Příjmení a jméno	Datum narození	Číslo pojištěnce	Pojištěn u zdravotní pojišťovny

(Vyplňte i v případě, že si nejste jisti nezaopatřeností rodinných příslušníků)

Beru na vědomí, že:

1. Od uvedeného data se stanu pojištěncem výše uvedeného státu.
2. Nebudu mít nárok na zdravotní služby hrazené OZP. V případě zneužití průkazu může OZP v souladu s § 44 odst. 5 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, uložit pokutu až do výše 5 000 Kč a vymáhat náklady na zdravotní péči, kterou v důsledku neoprávněného použití průkazu pojištěnce OZP uhradila.
3. Při opětovném přihlášení k OZP musím doložit, že jsem byl/a po celou dobu odhlášení účastníkem systému sociálního nebo zdravotního pojištění výše uvedeného státu.
4. V případě nepředložení věrohodných dokladů prokazujících zahraniční pojištění během odhlášení, budu zpětně zařazen/a do kategorie osoby bez zdanitelných příjmů a bude mi doměřeno pojistné a případné penále.

Zavazuji se:

1. Do osmi dnů od začátku zahraničního pojištění vrátit průkaz pojištěnce.
2. Nejpozději do osmi dnů od změny nebo ukončení mého zahraničního pojištění oznámit OZP všechny důležité skutečnosti pro pojistný vztah u OZP.

Datum:

Podpis: