


Vyplnění formuláře - 1. část

	Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.																				
Kód 2 0 1																					
Příjmení a jméno:	Číslo pojištěnce VoZP ČR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																				
Rodné příjmení:																					
Datum narození:																					
Adresa trvalého pobytu:																					
PSC:																					
V cizině budu nepřetržitě: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">od</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>do</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	od										do										Stát pobytu:
od																					
do																					
Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců !																					
<p>PROHLÁŠENÍ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn(a). 2. 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. 3. 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 7), nemám nárok na úhradu zdravotní péče (včetně léků) z prostředků veřejného zdravotního pojištění. 4. Všechny skutečnosti spojené se změnou mého dlouhodobého pobytu v cizině jsem povinen(a) nahlásit nejpozději do osmi dnů pobočce VoZP ČR v <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table> 5. Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce. 6. 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, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. 7. Po návratu z ciziny jsem povinen(a) se přihlásit u zdravotní pojišťovny a předložit doklad o uzavřeném zdravotním pojištění v cizině a jeho délce. Pokud tento doklad nepředložím budu povinen doplatit pojistné, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997Sb. 																					
Podáno dne:	Podpis pojištěnce																				

Vyplnění formuláře - 2. část

Místo pro záznamy pobočky VoZP ČR

Průkaz pojištěnce odevzdán dne:

Prohlášení převzal pracovník VoZP ČR dne:

Číslo pojištěnce VoZP ČR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

podpis a razítko pobočky VoZP ČR