

**Prohlášení  
o dlouhodobém  
pobytu pojištěnce  
v cizině**

ZP MV ČR - kód 211  
**Prohlášení o dlouhodobém pobytu  
pojištěnce v cizině**  
(podle § 8 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

*Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka ZP MV ČR*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q Ř S Š ť Ú ů V W X Y Ž

**1. Identifikace pojištěnce**Příjmení  
Jméno  
**Číslo pojištěnce (rodné číslo)**  
Titul (nepovinný údaj)  
**2. Prohlášení podle § 8 odst. 4 z.č. 48/1997 Sb.****V cizině budu nepřetržitě**

OD (začátek pobytu v cizině)     - DO (předpokládaná doba návratu)

*Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců!*

- Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn(a). Před odjezdem do ciziny jsem povinen(a) vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce.
- Jsem obeznámen(a) s tím, že povinnost hradit pojistné zaniká až dnem, který je uveden výše jako začátek pobytu v cizině, ne však dříve než dnem následujícím po dni doručení tohoto prohlášení zdravotní pojišťovně. Jsem si vědom(a) skutečnosti, že od stejného dne až do dne, kdy se opět přihlásím u zdravotní pojišťovny, nemám nárok na poskytování hrazených služeb (zdravotní péče) z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dále jsem si plně vědom(a) toho, že ZP MV ČR je oprávněna vyžadovat po mně náhradu za uhrazené zdravotní služby, které jsem po dobu pobytu v cizině na území cizího státu, popřípadě v ČR, neoprávněně čerpal(a) na náklady ZP MV ČR.
- 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/a doplatit pojistné, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 z.č. 48/1997 Sb. Předložím-li doklad o uzavřeném pojištění v cizině, který nekryje celou dobu, kdy jsem nebyl(a) povinen(a) platit pojistné v ČR, budu povinen(a) doplatit zpětně pojistné za každý kalendářní měsíc, ve kterém zdravotní pojištění v cizině netrvalo po celý takový kalendářní měsíc (penále se nevymáhá).
- 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 z.č. 48/1997 Sb.
- Pokud není doklad v českém jazyce, je nutné doložit český (neověřený) překlad. Pokud jako doklad o zdravotním pojištění v cizině bude předložena platební karta, je nutné doložit originál smluvních podmínek k vydání karty. (V případě, že v zemi, kde bude pojištěnec pobývat déle než šest měsíců, neexistuje možnost zdravotní pojištění uzavřít, je povinen pojištěnec po celou dobu pobytu v cizině platit pojistné v České republice jako osoba bez zdanitelných příjmů nebo uzavřít některou z forem komerčního zdravotního pojištění.)
- Jsem si vědom(a), že další prohlášení o pobytu v cizině dle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb. mohu podat nejdříve po uplynutí 2 celých kalendářních měsíců následujících po dni, kdy jsem se u zdravotní pojišťovny přihlásil(a) po návratu z předchozího pobytu v cizině.

Místo pro záznamy ZP MV ČR:

Průkaz pojištěnce číslo:

Prohlášení převzato dne:

Kopie tohoto prohlášení předána pojištěnci (podpis pojištěnce):

Vrácen dne:

Podpis a razítko ZP MV ČR:

**3. Datum vyplnění a podpis pojištěnce**

*Prohlašuji, že všechny údaje, které jsem uvedl/a na tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Svým podpisem dále stvrzuji, že jsem prohlášení podle bodu 2 porozuměl/a.*

*Zpracování osobních údajů je v souladu s Nařízením (EU) 2016/679 (GDPR). Pojištěnec bere na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou sloužit jen pro naplnění účelu vyplývajícího z tohoto formuláře. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových stránkách www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).*

ZP MV ČR 78.01/2018

Vyplněno dne   

Podpis pojištěnce