

Osobní údaje pojištěnce

Jméno a příjmení

Rodné číslo

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

Adresa trvalého bydliště

Oznamuji pobyt v cizině přesahující minimálně 6 měsíců:

Od do

Název státu

Prohlašuji:

1. Po dobu uvedenou výše budu v cizině zdravotně pojištěn/a.
2. Po dobu uvedenou výše nebudu ve shodě se zákonem platit v ČR pojistné na veřejné zdravotní pojištění.
3. Jsem si vědom/a, že po dobu uvedenou výše nemám nárok na úhradu zdravotní péče Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda z prostředků veřejného zdravotního pojištění na území ČR.
4. Všechny skutečnosti spojené se změnou mého dlouhodobého pobytu v cizině jsem povinen/na nahlásit nejpozději do 8 dnů Zaměstnanecké pojišťovně Škoda.
5. V případě, že můj pobyt v cizině bude kratší než 6 měsíců, nesplnil/a jsem podmínky stanovené zákonem a jsem povinen/na uhradit pojistné v příslušné výši za celé období, kdy nebylo pojistné placeno.
6. Před odjezdem jsem povinen/na vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce.
7. Po návratu z ciziny jsem povinen/na doložit ZPŠ skutečnost (vč. délky pojištění), že jsem byl/a během svého pobytu v cizině zdravotně pojištěn/a. Pokud tento doklad nepředložím, budu povinen/na doplatit pojistné, jakoby nebylo postupováno podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a ve znění pozdějších předpisů.
8. Po návratu z ciziny mohu další prohlášení o pobytu v cizině učinit nejdříve po uplynutí 2 celých kalendářních měsíců následujících po dni opětovného přihlášení.

Prohlášení stvrzuji podpisem:

Dne Podpis

Vyplňuje pojišťovna

Průkaz pojištěnce odevzdán dne

Za ZPŠ převzal a zpracoval dne Podpis