



zaměstnanecká
pojišťovna
škoda

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
Husova 302
293 01 Mladá Boleslav

Oznámení o výkonu výdělečné činnosti v zemích EU

osobní údaje pojištěnce:

příjmení jméno

datum narození

identifikační číslo /

adresa trvalého bydliště

PSČ

oznamuji výkon výdělečné činnosti v cizině:

od do

název státu

prohlašuji:

1. Po dobu své výdělečné činnosti v zemi EU budu zdravotně pojištěn/a ve státě výkonu zaměstnání a nebudu účasten/na pojistného na veřejném zdravotním pojištění v ČR.
2. Všechny skutečnosti spojené se změnou výkonu zaměstnání jsem povinen/na nahlásit nejpozději do 8 dnů Zaměstnanecké pojišťovně Škoda.
3. Před odjezdem jsem povinen/na vrátit pojišťovně průkaz pojištěnce.
4. Po návratu z ciziny jsem povinen/na doložit ZPŠ skutečnost, že jsem byl/a během svého výkonu zaměstnání v zemi EU zdravotně pojištěn/a. Pokud nebude tato skutečnost doložena, jsem povinen/a uhradit pojistné na veřejné zdravotní pojištění v ČR zpětně.

prohlášení stvrzuji podpisem:

dne podpis

vyplňuje pojišťovna:

průkaz pojištěnce odevzdán dne

za ZPŠ převzal a zpracoval dne podpis