


Vyplnění formuláře - 1. část

 <p>VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY</p>	Prohlášení o dlouhodobém pobytu pojištěnce v cizině podle § 8 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb.
Kód 1 1 1	
Příjmení a jméno: <input type="text"/>	Číslo pojištění VZP
Rodné příjmení: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Datum narození: <input type="text"/>	
Adresa trvalého pobytu: <input type="text"/> PSČ: <input type="text"/>	
V cizině budu nepřetržitě od: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PROHLÁŠENÍ: Tato doba nesmí být kratší než 6 měsíců !	
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	
Územnímu pracovišti VZP ČR v <input type="text"/>	
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: <input type="text"/>	Podpis pojištěnce

Vyplnění formuláře - 2. část

Místo pro záznamy VZP

Průkaz pojištěnce odevzdán dne:

Prohlášení převzal pracovník VZP dne:

Číslo pojištěnce VZP:

podpis a razítko VZP