



ZDRAVOTNÍ
POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA
VNITRA ČR

211

Prohlášení migrující osoby: odhlášení z veřejného zdravotního pojištění v ČR

Prohlášení migrující osoby v souladu s přímo použitelnými předpisy EU pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹ nebo vyhlášené mezinárodní smlouvy, kterou je ČR pro oblast zdravotního pojištění vázána

Já (jméno a příjmení):	<input type="text"/>		
Číslo pojištěnce (rodné číslo bez lomítka):	<input type="text"/>		
Kontaktní údaje (nepovinné): e-mail:	<input type="text"/>	telefon:	<input type="text"/>

Žádám tímto prohlášením o zrušení účasti v systému veřejného zdravotního pojištění ČR od:
budu zdravotně pojištěn ve státě
u zdravotní pojišťovny (uveďte název nebo kód zahraniční instituce)
jako
OSVČ zaměstnanec důchodce ekonomicky neaktivní osoba z titulu bydliště

Od data zahájení výdělečné činnosti v zahraničí nebudu mít v ČR žádný další příjem z výdělečné činnosti.

Souběžně pobírám od: ve státě:

následující peněžité dávky:

nemocenské dávky důchod peněžitou pomoc v mateřství podporu v nezaměstnanosti.

Souběžně od: pracuji v ČR nebo jiném státě (uveďte)

jako (viz bod 2 Poučení k prohlášení migrující osoby):

OSVČ zaměstnanec

Oznámení rodinných příslušníků - týká se pouze rodinných příslušníků, kteří nejsou výdělečně činní, nepobírají nemocenské dávky, důchod, podporu v nezaměstnanosti ani peněžitou pomoc v mateřství (viz bod 3 Poučení k prohlášení migrující osoby)

Mám následující nezaopatřené rodinné příslušníky (pokud ano, vyplňte):

Jméno a příjmení:	Stát (faktického) bydliště:	Číslo pojištěnce:	Pojištěn u ZP:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Považuji ČR nadále za zemi svého faktického bydliště: ANO NE

Pokud ano, jak často sem jezdím: (V případě, že žádná z možností nevyhovuje, uveďte blíže v bodě jiné).

deně – 1x týdně 1x za 14 dnů – 1x měsíčně jiné

¹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění (dále také „nařízení“), nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění (dále také „prováděcí nařízení“), nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.



Poučení k prohlášení migrující osoby:

- Oznamovací povinnost pojištěnců:** S odkazem na § 10 a § 12 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění a dále v souladu čl. 76 odst. 4 a 5 nařízení EP a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění, má dotčená osoba/pojištěnec povinnost informovat příslušnou (zahraniční) instituci i instituci státu bydliště (českou zdravotní pojišťovnu) co nejdříve o všech změnách v jeho osobní či rodinné situaci, které jsou významné pro jeho **nárok na zdravotní péči**.
- Souběh výdělečné činnosti (zaměstnání nebo OSVČ) ve více zemích EU, ESVO, UK nebo v zemi s mezinárodní smlouvou, jíž je ČR vázána:** Osoba, která vykonává činnosti ve dvou nebo více členských státech, je povinna o tom uvědomit instituci určenou příslušným orgánem členského státu, v němž má své bydliště (čl. 16 prováděcího nařízení č. 987/2009). Osoby s bydlištěm v ČR se proto obrací na místně příslušnou **správu sociálního zabezpečení** (tj. na OSSZ, územní pracoviště Pražské správy sociálního zabezpečení, v Brně na Městskou správu sociálního zabezpečení, případně na jakoukoli správu sociálního zabezpečení). Pokud osoba nesplní oznamovací povinnost, a nebude určen jeden stát, jehož právní předpisy jsou příslušné, může dojít k situaci, kdy osoba odvádí pojistné z jednoho příjmu dvakrát nebo i vícekrát do systému sociálního zabezpečení více členských států. **V těchto situacích je proto nutné požádat příslušný orgán o určení členského státu, jehož právním předpisům sociálního zabezpečení migrující pracovník podléhá, a tuto skutečnost osvědčit potvrzením A1.**
- Nezaopatřený rodinný příslušník (NRP):** Kdo je NRP, určují právní předpisy země bydliště. Tam, kde předpisy definici pro účely sociálního zabezpečení neobsahují, jde o **nezaopatřeného manžela a nezaopatřené dítě**. Posuzování dle české legislativy dle ustanovení zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře a zákona č. 115/2006 Sb. o registrovaném partnerství. V ČR tak jde o manžela(ku) nebo registrovaného partnera(ku), který(á) nevykonává v ČR (ani v jiném členském státě EU, EHP, či Švýcarsku) výdělečnou činnost, nepobírá zde důchod, podporu v nezaměstnanosti, peněžitou pomoc v mateřství z nemocenského pojištění a netrvá jí v ČR ani pracovní poměr po dobu rodičovské dovolené, nebo neplaceného volna. Dále pak jde o nezaopatřené dítě ve smyslu zákona č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře. Za manžela by měl být pro účely provádění ve smyslu přílohy XI. K tomuto nařízení považován v ČR i registrovaný partner podle definice uvedené v zákoně č. 115/2006 Sb. o registrovaném partnerství.
- Ode dne uvedeného jako počátek pojištění v jiné členské zemi EU, ESVO, UK nebo zemi s mezinárodní smlouvou, kterou je ČR v oblasti zdravotního pojištění vázána, nemá osoba nárok na úhradu zdravotní péče na náklady Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR (dále jen „ZP MV ČR“).
- Do 8 dnů od výše uvedené skutečnosti (ukončení pojištění u ZP MV ČR) má pojištěnec povinnost odevzdat ZP MV ČR průkaz pojištěnce. V této souvislosti mu může ZP MV ČR v souladu s § 44 odst. 4 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, uložit pokutu až do výše 5000 Kč v případě, že by se při poskytování zdravotní péče prokázal/a jejím průkazem pojištěnce v době, kdy jejím pojištěncem již nebyl/a. Současně může ZP MV ČR po dané osobě vymáhat náklady na zdravotní péči, které uhradila v důsledku neoprávněného použití průkazu pojištěnce ZP MV ČR.
- Při opětovném přihlášení ke zdravotnímu pojištění v ČR má osoba povinnost zdravotní pojišťovně prokázat, že byl/a ve výše uvedené zemi zdravotně pojištěn/a, případně to, že se na ni uvedenou dobu vztahovaly předpisy sociálního zabezpečení tohoto státu. Pokud tento doklad nepředloží, má povinnost doplatit pojistné na zdravotní pojištění zdravotní pojišťovně v ČR, jako by v zahraniční pojištěna nebyla.
- Pojištění v jiném členském státě EU, ESVO, UK nebo zemi s mezinárodní smlouvou, kterou je ČR v oblasti zdravotního pojištění vázána, prokazuje osoba formulářem E104 či S041, případně pracovní smlouvou včetně všech po sobě jdoucích výplatních pásek. Podléhání předpisům sociálního zabezpečení jiného státu lze případně doložit formulářem E101 či A1.
- 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 Prohlášení migrující osoby. Informační memorandum GDPR je možné nalézt na internetových www.zpmvcr.cz (v sekci O nás).

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a s výše uvedeným „Poučením k prohlášení migrující osoby“, že veškeré údaje uvedené v tomto prohlášení, jsou pravdivé a úplné, a že je poskytuji za účelem odhlášení z veřejného zdravotního pojištění v ČR v souladu s přímo použitelnými předpisy EU pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení¹ nebo vyhlášené mezinárodní smlouvy, kterou je ČR pro oblast zdravotního pojištění vázána. Beru na vědomí, že dnem, který jsem uvedl/a jako počátek pojištění v jiném státě, bude ukončena moje účast v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR a jsem si vědom/a povinnosti oznámit veškeré změny týkající se výše uvedených údajů nejpozději do osmi dnů ode dne, kdy nastaly.

Dne:

Podpis pojištěnce:

Vyplní ZP MV ČR:

Průkaz zdravotního pojištění číslo:

vracen dne:

Za ZP MV ČR prohlášení převzal (razítko, kontakt):

Kopie tohoto prohlášení předána pojištěnci (podpis pojištěnce):