**Заява застрахованої особи**

Особa яка д**оглядає за однією дитиною до 7 років або за двома чи більшою кількістю дітей віком до 15 років** (згідно з § 7 odst. 1 písm. k zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

**еобхідно подати:** свідоцтво про народження або інший документ з особистими даними дитини (наприклад, паспорт, віза), заява про спорідненість з дитиною, що має юридичну силу.

**Прізвище та ім'я** ……………………………………………………………………………………………

**Номер застрахованої особи** …………………………………………………………………………………………..

**Адреса** ……………………………………………………………………………………………

**Телефон, e-mail:** …..………………………………………………………………………………………

Повідомляю, що я особисто і належним чином піклуюсь про цих дітей цілий день:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Прізвище та ім'я дитини** | **Номер застрахованої особи** | **Дата народження** | **Адреса школи/ дитячого садка** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Ці факти дійсні з (дата заповнення) ........................до\*...................**

Я чесно заявляю, що особисто і належним чином доглядаю за однією дитиною до 7 років **або за двома чи більшою кількістю дітей віком до 15 років** цілий день, також заявляю, що дитина не закріплена за садом, дитячою кімнатою або аналогічним закладом на термін, що перевищує чотири години на добу, дитина в шкільному закладі не перебуває в групах продовженого дня, дитина не поміщається в заклад з тижневою або цілорічною роботою.

У разі будь-якої зміни я повідомлю про цей факт в компанію медичного страхування не пізніше ніж за 8 днів.

**\*** Вказати максимальний термін перебування в пільговій категорії для однієї дитини до 7-річного віку, або до 15 років для найстаршого з двох дітей.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vystaveno dne:**  **Дата:** | **Převzato ČPZP dne:** |
| Podpis pojištěnce  Підпис застрахованої особи | Razítko ČPZP a podpis odpovědného pracovníka |