

TYP C

ROČNÉ ZÚČTOVANIE

poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „poistné“) platiteľa
poistného podľa § 11 ods. 2 zákona
za rok 2006

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Číselné údaje sa zarovnávajú vpravo, ostatné sa píše zľava. Nevyplnené riadky sa ponechávajú prázdne.

Údaje sa vyplňajú paličkovým písmom (podľa tohto vzoru), písacím strojom alebo tlačiarňou, a to čiernou alebo tmavomodrou farbou.

Á Ä B Č D É F G H Í J K L M N O Ö Ô P Q R Š T Ú Û V X Ý Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

01	Rodné číslo	Druh ročného zúčtovania poistného	03	Kód zdravotnej poisťovne	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> riadne		Dátum zistenia skutočnosti na podanie	
02	Číslo povolenia na pobyt	<input type="checkbox"/> opravné		dodatočného ročného zúčtovania poistného	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dodatočné (vyznačí sa x)			
04	Osobou so zdravotným postihnutím poistenec v roku 2006	<input type="checkbox"/> nebol, celý rok	<input type="checkbox"/> bol, celý rok		

I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

05	Priezvisko	Meno	Titul
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu v deň podania ročného zúčtovania poistného na území Slovenskej republiky alebo v zahraničí			
06	Štát	<input type="text"/>	
	Ulica	Číslo	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	PSČ	Obec	Číslo telefónu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	E-mail	Číslo faxu	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
Adresa na doručovanie na území Slovenskej republiky ¹⁾			
07	Ulica	Číslo	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	PSČ	Obec	Číslo telefónu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Číslo faxu
			<input type="text"/>

II. ODDIEL – Údaje o zákonom zástupcovi alebo inej fyzickej osobe alebo právnickej osobe, ktorej bol maloletý poistenec zverený do výchovy, alebo zástupcovi, ktorý podáva ročné zúčtovanie poistného (ďalej len „zástupca“)

11	Priezvisko/ Názov	Meno	Titul
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Štát	<input type="text"/>	
	Ulica	Číslo	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	PSČ	Obec	Číslo telefónu
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Rodné číslo / IČO
			<input type="text"/>

Záznamy zdravotnej poisťovne

III. ODDIEL – Údaje o platiteľovi poisťného podľa § 11 ods. 2 zákona

21	Číslo platiteľa poisťného	22	IČO	23	DIČ	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Poistenec sa považoval za platiteľa poisťného podľa § 11 ods. 2 zákona ²⁾						
		24	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
Úhrn zaplatených preddavkov na poisťné						
		25	<input type="text"/>			
Vymeriavací základ podľa § 13 ods. 7 zákona ³⁾						
		26	<input type="text"/>			

IV. ODDIEL – Počet dní, za ktoré za poistenca platí poisťné štát podľa § 11 ods. 8 písm. o) zákona

	Január	Február	Marec	Apríl	Máj	Jún	Júl	August	September	Október	November	December
Počet kalendárnych dní	<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"/>

V. ODDIEL – Údaje o výške minimálneho základu podľa § 13 ods. 17 a 18 zákona platiteľa poisťného podľa § 11 ods. 2 zákona za jednotlivé kalendárne mesiace roku 2006⁴⁾

	31	32	33
	Dni obdobia uvedeného v p. 24, keď poistenec nebol poistencom štátu podľa § 11 ods. 8 písm. o) zákona	Minimálny základ ⁵⁾	Súčin koeficientu 0,6553 a minimálneho základu ⁶⁾
Január	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Február	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marec	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apríl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Máj	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jún	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Júl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
August	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
September	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Október	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
November	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
December	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spolu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VI. ODDIEL – Výpočet poisťného

Úhrn súčinu koeficientu 0,6553 a minimálnych základov podľa § 13 ods. 17 a 18 zákona (súčet p. 33) ⁷⁾	41	<input type="text"/>
Maximálny vymeriavací základ podľa § 13 ods. 9 písm. d) zákona		569 700
Vymeriavací základ podľa § 13 ods. 9 zákona ⁸⁾	42	<input type="text"/>
Sadzba poisťného podľa § 12 ods. 1 písm. e) zákona	43	<input type="text"/> %
Poisťné [(p. 42 x p. 43) / 100]	44	<input type="text"/>
Nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. 44 – p. 25)	45	<input type="text"/>

VII. ODDIEL – Žiadosť o vrátenie alebo kompenzáciu preplatku poisťného platiteľa poisťného podľa § 11 ods. 2 zákona ⁹⁾

Žiadam o vrátenie preplatku poisťného podľa § 19 ods. 12 zákona (p. 45 < 0 SK)

- v hotovosti
- peňažným poukazom
- na účet – číslo účtu / banka
- kompenzácia s budúci preddavkami na poisťnom

VIII. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy platiteľa poistného podľa § 11 ods. 2 zákona

Počet príloh

51

Uvádza sa počet všetkých príloh, ktoré sú súčasťou ročného zúčtovania poistného.

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v ročnom zúčtovaní poistného sú správne a úplné.**Súhlasím s tým, že zdravotná poisťovňa bude spracúvať moje osobné údaje na účely ročného zúčtovania poistného vrátane ich zasielania písomnou alebo elektronickou formou v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.**

Dátum

Podpis poistenca (zástupcu)