

DOKLAD O VÝŠKE PRÍJMU A O PREDDAVKOCH NA POISTNÉ 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 píšú 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 Ā B Č D É F G H Í J K L M N O Ö Ô P Q R Š T Ú ů V X Ý Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

Rodné číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>	Číslo povolenia na pobyt <input style="width: 100%;" type="text"/>	Kód zdravotnej poisťovne <input style="width: 100%;" type="text"/>
Priezvisko <input style="width: 100%;" type="text"/>	Meno <input style="width: 100%;" type="text"/>	Titul <input style="width: 100%;" type="text"/>
Osobou so zdravotným postihnutím poistenec ²⁾ <input type="checkbox"/> nebol, celý rok <input type="checkbox"/> bol, celý rok – v mesiacoch	01	02
	03	04
	05	06
	07	08
	09	10
	11	12
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresa trvalého pobytu v deň podania ročného zúčtovania poistného na území Slovenskej republiky alebo v zahraničí

Štát <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Ulica <input style="width: 100%;" type="text"/>		Číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PSČ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Obec <input style="width: 100%;" type="text"/>	Číslo telefónu <input style="width: 100%;" type="text"/>	Číslo faxu <input style="width: 100%;" type="text"/>

II. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa) <input style="width: 100%;" type="text"/>			Číslo platiteľa poistného <input style="width: 100%;" type="text"/>
Rodné číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>	Číslo povolenia na pobyt <input style="width: 100%;" type="text"/>	IČO <input style="width: 100%;" type="text"/>	DIČ <input style="width: 100%;" type="text"/>

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica <input style="width: 100%;" type="text"/>		Číslo <input style="width: 100%;" type="text"/>	
PSČ <input style="width: 100%;" type="text"/>	Obec <input style="width: 100%;" type="text"/>	Číslo telefónu <input style="width: 100%;" type="text"/>	Číslo faxu <input style="width: 100%;" type="text"/>
Email <input style="width: 100%;" type="text"/>			

III. ODDIEL – Údaje o príjme a preddavkoch zamestnanca a zamestnávateľa

Poistenec sa považoval za zamestnanca ³⁾	od:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	do:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Úhrn príjmov podľa § 13 od. 1 až 4 zákona	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Úhrn preddavkov na poistné zamestnanca	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Úhrn preddavkov na poistné zamestnávateľa	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

IV. ODDIEL – Údaje o výške minimálneho základu a úhrne príjmov zamestnanca za jednotlivé kalendárne mesiace

	Minimálny základ	Úhrn príjmov podľa § 13 ods. 1 až 4 zákona
Január		
Február		
Marec		
Apríl		
Máj		
Jún		
Júl		
August		
September		
Október		
November		
December		
Spolu		

V. ODDIEL – Obdobia, v ktorých za zamestnanca platí poisťné štát podľa § 11 ods. 8 písm. o) a u) zákona ⁴⁾

P.č.	Od dátumu	Do dátumu	Dôvod
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

VI. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie dokladu podľa § 19 ods. 5 zákona

Vypracoval (Priezvisko a meno)

Číslo telefónu

Číslo faxu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v doklade podľa § 19 ods. 5 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie dokladu
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa**VII. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa**

Počet príloh

Uvádza sa počet všetkých príloh, ktoré sú súčasťou dokladu podľa § 19 ods. 5 zákona

ČASŤ B OZNÁMENIE O NEDOPLATKU ALEBO PREPLATKU ZAMESTNÁVATEĽA 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 píšú 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

I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

Kód zdravotnej poisťovne

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého pobytu v deň podania ročného zúčtovania poistného na území Slovenskej republiky alebo v zahraničí

Štát

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

II. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa)

Číslo platiteľa poistného

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

IČO

DIČ

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

Email

III. ODDIEL – Výsledok ročného zúčtovania poistného zamestnávateľa

Úhrn preddavkov na poistné zamestnávateľa ²⁾

Poistné zamestnávateľa z ročného zúčtovania poistného ³⁾

Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnávateľa ⁴⁾

IV. ODDIEL – Ročné zúčtovanie poistného vykonal

Poistenec

Zákonný zástupca, meno, adresa

Iný zamestnávateľ

Údaje o zamestnávateľovi, ktorý vykonal ročné zúčtovanie poistného

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa)

Číslo platiteľa poistného

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

IČO

DIČ

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

Email

V. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)

Číslo telefónu

Číslo faxu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 10 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa