

Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt

TYP S

ROČNÉ ZÚČTOVANIE

poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „poistné“) poistenca,
ktorý mal viacerých platiteľov
za rok 2008

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.

A	Ä	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Ö	Ô	P	Q	R	S	T	U	Ů	V	X	Y	Z	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

S01	Rodné číslo poistenca	Druh ročného zúčtovania poistného	S03	Kód zdravotnej poisťovne
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> riadne		Dátum zistenia skutočnosti na podanie
S02	Číslo povolenia na pobyt poistenca	<input type="checkbox"/> opravné		dodatočného ročného zúčtovania poistného
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> dodatočné		<input type="text"/>
S04	Osobou so zdravotným postihnutím poistenec v roku 2008	<input type="checkbox"/> nebol celý rok	<input type="checkbox"/> bol celý rok	

I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

S05	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			
S06	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-mailová adresa	Číslo faxu	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresa na doručovanie na území Slovenskej republiky ¹⁾			
S07	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 zákonnom 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“)

S11	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 – Počet dní, počas ktorých za poistenca platil poistné štát podľa § 11 ods. 8 písm. n) a t) 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"/>

Pred vyplnením oddielu IV sa najskôr vyplňajú listy **SA** až po p. A13, list **SB** po p. B34, list **SC** po p. C06, list **SD** po p. D06

IV. ODDIEL – Výpočet koeficientu K_{\max}

Úhrn vymeriavacích základov

(súčet p. A13 z listov SA, p. B34 z listu SB, p. C21 z listu SC a p. D06 z listu SD)

Maximálny vymeriavací základ podľa § 13 ods. 9 písm. d) zákona

S21	<input type="text"/>
	675 396

Vymeriavací základ upravený podľa § 13 ods. 9 písm. d) zákona ²⁾

S22	<input type="text"/>
-----	----------------------

Koeficient K_{\max} (podiel p. S22 a p. S21) ³⁾

S23	<input type="text"/>
-----	----------------------

Pred vyplnením oddielu V sa najskôr dokončí vyplnenie listov **SA**, **SB**, **SC**, **SD**

V. ODDIEL – Výpočet poistného

Poistné celkom (súčet p. A23 z listov SA, p. B37 z listu SB, p. C24 z listu SC, p. D13 z listu SD)

S31	<input type="text"/>
-----	----------------------

Úhrn preddavkov (súčet p. A12 z listov SA, p. B06 z listu SB, p. C05 z listu SC)

S32	<input type="text"/>
-----	----------------------

Nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. S31 – p. S32)

S33	<input type="text"/>
-----	----------------------

Nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. 33 / 30,1260) v eurách ⁴⁾

S34	<input type="text"/>
-----	----------------------

Upravený nedoplatok / preplatok v eurách ⁵⁾

S35	<input type="text"/>
-----	----------------------

VI. ODDIEL – Žiadosť o vrátenie preplatku poistného poistenca ⁶⁾Žiadam o vrátenie preplatku poistného podľa § 19 ods. 12 zákona (p. S34 - preplatok \geq ako 3 eurá)☐ v hotovosti☐ peňažným poukazom ⁷⁾☐ na účet – číslo účtu / kód banky☐ kompenzáciou s budúcnymi preddavkami na poistnom

VII. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy platiteľa poistného

Počet listov

S41	<input type="text"/>
-----	----------------------

Uvádza sa počet všetkých listov SA, SB, SC, SD, ktoré sú súčasťou ročného zúčtovania poistného.

Počet príloh

S42	<input type="text"/>
-----	----------------------

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

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v ročnom zúčtovaní poistného sú úplné a správne.

VIII. ODDIEL – Ročné zúčtovanie poistného vykonal a podal v príslušnej zdravotnej poisťovni poistenec ☐ áno

Dátum

Podpis poistenca / zákonného zástupcu poistenca

IX. ODDIEL – Ročné zúčtovanie poistného vykonal a podal v príslušnej zdravotnej poisťovni zamestnávateľ ⁸⁾ ☐ áno

Vypracoval (Priezvisko a meno)

Číslo telefónu

Číslo faxu

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie ročného zúčtovania poistného a odtlačok pečiatky zamestnávateľa