

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 10/2011

obsah:

- str. 2 - 8 Metodické usmernenie č. 4/2011:
**Forma a náležitosti preukazu poistenca
na verejné zdravotné poistenie**
- str. 9 - 22 Metodické usmernenie č. 1/3/2008
**Podávanie návrhov na vydanie platobného výmeru
zdravotnou poisťovňou a platiteľom poistného**
- str. 23 - 48 Metodické usmernenie č. 3/4/2008
**Spôsob a forma vykazovania preddavkov na poistné
na verejné zdravotné poistenie**
- str. 49 – 66 Metodické usmernenie č. 4/5/2008
**Spôsob oznamovania nesplnenia povinností
poistencami a platiteľmi poistného zdravotnou poisťovňou**

Metodické usmernenie č. 4/2011

Forma a náležitosti preukazu poistenca na verejné zdravotné poistenie

august 2011

Článok 1

Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) podľa § 20 ods. 1 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) vydáva za účelom jednotného postupu zdravotných poisťovní metodické usmernenie o forme a náležitostiach preukazu poistenca na verejné zdravotné poistenie.

Článok 2

Legislatívny rámec

1. Podľa § 6 ods. 1 písm. a), b) zákona č. 581/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa vydáva preukazy poistencov verejného zdravotného poistenia a európske preukazy zdravotného poistenia.
2. Podľa § 6 ods. 10 zákona 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 (ďalej len „zákon č. 95/2002 Z. z.“) je zdravotná poisťovňa povinná preukázateľne doručiť poistencovi do piatich dní od potvrdenia prihlášky na vznik verejného zdravotného poistenia, resp. prihlášky na zmenu zdravotnej poisťovne preukaz poistenca na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „preukaz poistenca“).
3. Podľa § 10a ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. je zdravotná poisťovňa povinná na základe žiadosti poistenca vydať poistencovi európsky preukaz zdravotného poistenia (ďalej len „európsky preukaz“) do 30 dní od jej podania.
4. Podľa § 10a ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. zdravotná poisťovňa môže na druhej strane preukazu poistenca vydať európsky preukaz, pričom neplatí lehota podľa bodu 3.
5. Formu preukazu poistenca kombinovaného s európskym preukazom ustanovuje Rozhodnutie S1 z 12. júna 2009 o európskom preukaze zdravotného poistenia a Rozhodnutie S2 z 12. júna 2009 o technických špecifikáciách európskeho preukazu zdravotného poistenia, publikované v Úradnom vestníku Európskej únie z 24. apríla 2010 v čiastke C 106.

Článok 3

Forma preukazu poistenca a forma preukazu poistenca kombinovaného s európskym preukazom

1. Preukaz poistenca vydávajú zdravotné poisťovne vo forme papierovej alebo plastovej karty, ktorá je 53,98 mm vysoká, 85,60 mm široká a hrubá 0,76 mm. Ak je však preukaz poistenca kombinovaný s európskym preukazom vo forme nálepky, ktorá sa má prilepiť na zadnú stranu vnútroštátneho preukazu, kritérium o hrúbke sa neuplatňuje.
2. Preukaz poistenca kombinovaného s európskym preukazom vydávajú zdravotné poisťovne vo forme plastovej karty bez mikroprocesoru alebo magnetického pruhu, ktorá je 53,98 mm vysoká, 85,60 mm široká a hrubá 0,76 mm. Ak je však preukaz poistenca kombinovaný s európskym preukazom vo forme nálepky, ktorá sa má prilepiť na zadnú stranu vnútroštátneho preukazu, kritérium o hrúbke sa neuplatňuje.

Článok 4

Náležitosti preukazu poistenca a náležitosti preukazu poistenca kombinovaného s európskym preukazom

1. Preukaz poistenca

- 1.1. Predná strana preukazu s názvom PREUKAZ POISTENCA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA obsahuje tieto údaje:
- a) názov a logo zdravotnej poisťovne, ktorá preukaz poistenca vydáva,
 - b) titul, meno a priezvisko poistenca,
 - c) rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca,
 - d) dátum narodenia poistenca,
 - e) kód zdravotnej poisťovne,
 - f) dátum začatia platnosti preukazu poistenca.

Údaje uvedené na prednej strane preukazu poistenca sú záväzné.

- 1.2. Na zadnej strane preukazu poistenca je priestor pre záznamy zdravotnej poisťovne (napr. číslo preukazu, platnosť preukazu, pečiatka, podpis, poučenie, interné identifikačné číslo poistenca, iné záznamy).

Údaje uvedené na zadnej strane preukazu poistenca nie sú záväzné.

- 1.3. Všetky údaje na preukaze poistenca musia byť čitateľné voľným okom.
- 1.4. Vzor preukazu poistenca je uvedený v prílohe č. 1.

2. Preukaz poistenca kombinovaný s európskym preukazom

- 2.1. Na prednej strane preukazu je umiestnený preukaz s názvom EURÓPSKY PREUKAZ ZDRAVOTNÉHO POISTENIA, ktorý obsahuje tieto údaje:
- a) priezvisko a meno držiteľa preukazu,
 - b) osobné identifikačné číslo držiteľa preukazu alebo ak takéto číslo neexistuje, číslo poistenca, od ktorého sa odvodzujú práva držiteľa preukazu,
 - c) dátum narodenia držiteľa preukazu,
 - d) dátum skončenia platnosti preukazu,
 - e) kód ISO členského štátu, ktorý vydal preukaz: SK,
 - f) identifikačné číslo príslušnej zdravotnej poisťovne (používa sa 4-miestny kód zdravotnej poisťovne) a akronym príslušnej zdravotnej poisťovne (VSZP, UNION ZP, DOVERA ZP)
 - g) logické číslo preukazu (identifikačné číslo preukazu).

Predná strana preukazu poistenca kombinovaného s európskym preukazom je záväzná.

- 2.2. Na zadnej strane preukazu je umiestnený preukaz s názvom PREUKAZ POISTENCA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA, ktorý obsahuje tieto údaje:
- a) názov a logo zdravotnej poisťovne, ktorá preukaz poistenca vydáva,
 - b) titul, meno a priezvisko poistenca,
 - c) rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca pridelené zdravotnou poisťovňou
 - d) dátum narodenia,
 - e) kód zdravotnej poisťovne,
 - f) dátum začatia platnosti preukazu,
 - g) záznamy zdravotnej poisťovne (napr. pečiatka, podpis, poučenie, údaje na verifikáciu európskeho preukazu, interné identifikačné číslo poistenca a pod.).

Údaje na zadnej strane preukazu uvedené pod písmenom a) až f) sú záväzné.

- 2.3. Vzor preukazu poistenca kombinovaný s európskym preukazom je v prílohe č. 2.

Článok 5 Náhradný certifikát

1. V prípade mimoriadnych okolností príslušná zdravotná poisťovňa vydá poistencovi náhradný certifikát k preukazu poistenca, resp. k preukazu poistenca kombinovaného s európskym preukazom s dočasnou dobou platnosti. Mimoriadnymi okolnosťami môže byť krádež alebo strata preukazu, alebo náhly odchod do iného členského štátu, ako je príslušný členský štát v lehote príliš krátkej na vydanie príslušného preukazu.
2. Závazný vzor náhradného certifikátu, dočasne nahradzujúceho preukaz poistenca, resp. preukaz poistenca kombinovaný s európskym preukazom je v prílohe č. 3 a č. 4.

Článok 6 Prechodné ustanovenia

1. Európsky preukaz vydaný pred nadobudnutím účinnosti zákona č. 580/2004 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z. z. od 01.08.2011 ostáva v platnosti do dátumu platnosti uvedeného na európskom preukaze.
2. Preukaz poistenca vydaný pred nadobudnutím účinnosti zákona č. 580/2004 Z. z. a zákona č. 581/2004 Z. z. od 01.08.2011 ostáva v platnosti do doby zmeny zdravotnej poisťovne, resp. do doby, kedy zaniknú skutočnosti zakladajúce účasť na verejnom zdravotnom poistení v príslušnej zdravotnej poisťovni, ktorá preukaz vydala.
3. Dňom nadobudnutia účinnosti metodického usmernenia č. 4/2011 sa ruší usmernenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o forme a náležitostiach preukazu poistenca na verejné zdravotné poistenie zverejnené vo Vestníku úradu č. 3/2005 z 30. apríla 2005, ktoré nadobudlo účinnosť od 01.05.2005.

Článok 7 Účinnosť

Toto usmernenie nadobúda účinnosť 17. 08. 2011.

V Bratislave 17. 08. 2011

MUDr. Ján Gajdoš, v. r.
predseda

Predná strana preukazu poistenca verejného zdravotného poistenia:

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	
PREUKAZ POISTENCA	
VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA	
Kód zdravotnej poisťovne:	
Titul, meno, priezvisko poistenca:	
Rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca:	Dátum narodenia:
Preukaz platný od:	

Zadná strana preukazu poistenca verejného zdravotného poistenia:

Záznamy zdravotnej poisťovne:
Číslo preukazu:
Platnosť preukazu do:
Identifikačné číslo poistenca dané zdravotnou poisťovňou:
Iný záznam zdravotnej poisťovne:

Príloha č. 2 k MU č. 4/2011

Predná strana preukazu poistenca verejného zdravotného poistenia kombinovaného s európskym preukazom zdravotného poistenia:

1) Európsky preukaz zdravotného poistenia:

EURÓPSKY PREUKAZ ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

3. Priezvisko
[Blank field]

4. Meno
[Blank field]

5. Dátum narodenia
DD/MM/YYYY

6. Osobné identifikačné číslo
123456789

7. Identifikačné číslo Inštitúcie
1234567890 - ABCDEFGHIJKLMNO

8. Identifikačné číslo preukazu
12345678901234567890

9. Dátum platnosti do
DD/MM/YYYY

Zadná strana preukazu poistenca verejného zdravotného poistenia kombinovaného s európskym preukazom zdravotného poistenia:

2) Preukaz poistenca verejného zdravotného poistenia:

Názov a logo ZP	
PREUKAZ POISTENCA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA	
Titul, meno a priezvisko:	
Rodné číslo:	Dátum nar.:
Platný od:	Kód ZP:
Záznam zdravotnej poisťovne: EP	Záznam zdravotnej poisťovne: PP

Príloha č. 4 k MU č. 4/2011

Vzor náhradného certifikátu európskeho preukazu zdravotného poistenia uvedený v Rozhodnutí S2 z 12.06.2009 o technických špecifikáciách európskeho preukazu zdravotného poistenia, publikované v Úradnom vestníku Európskej únie z 24. apríla 2010 v čiastke C 106.

NÁHRADNÝ CERTIFIKÁT K EURÓPSKEMU PREUKAZU ZDRAVOTNÉHO POISTENIA (EPZP)	
<i>ako je definovaný v prílohe II k rozhodnutiu č. S2 o technických špecifikáciách európskeho preukazu zdravotného poistenia</i>	
<i>Vydávajúcí členský štát</i>	
1.	2. ...
<i>Informácie, týkajúce sa držiteľa preukazu</i>	
<p>3. Priezvisko:</p> <p>4. Meno:</p> <p>5. Dátum narodenia: .../.../.....</p> <p>6. Osobné identifikačné číslo:</p>	
<i>Informácie týkajúce sa príslušnej inštitúcie</i>	
7. Identifikačné číslo inštitúcie:	
<i>Informácie, týkajúce sa preukazu</i>	
<p>8. Identifikačné číslo preukazu:</p> <p>9. Dátum platnosti: .../.../.....</p>	
<i>Platnosť certifikátu</i>	<i>Dátum vydania certifikátu</i>
a) Od: .../.../..... b) Do: .../.../.....	c) .../.../.....
<i>Podpis a pečiatka inštitúcie</i>	
d)	
<i>Poznámky a informácie</i>	
<i>Všetky normy, ktoré sa vzťahujú na okom čitateľné údaje na Európsky preukaz zdravotného poistenia (EPZP) a týkajú sa popisu, hodnôt, dĺžky a poznámok dátových polí, sú použiteľné pre tento certifikát.</i>	

Metodické usmernenie č. 1/3/2008

Podávanie návrhov na vydanie platobného výmeru zdravotnou poisťovňou a platiteľom poisťného

august 2011

Úvodné ustanovenia

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) v súlade s § 20 ods. 2 písm. l) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) na vykonanie jeho pôsobnosti ako orgánu príslušného na vydávanie rozhodnutí o pohľadávkach na poisťnom podľa § 18 ods. 1 písm. a) bod 3 a 4, § 77a a § 85h zákona č. 581/2004 Z. z., vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe podávania návrhov na vydanie rozhodnutia o pohľadávkach na poisťnom platobným výmerom.

Článok 1

Vecný a osobný rozsah

1) Podľa § 17 ods. 7, § 18 ods. 1 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 (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) a § 85h zákona č. 581/2004 Z. z. je zdravotná poisťovňa oprávnená uplatniť si na úrade nárok na poisťné, nárok na úrok z omeškania a nárok na nedoplatok z ročného zúčtovania poisťného podľa zákona č. 580/2004 Z. z., ako aj nárok na dlžné poisťné, poplatok z omeškania z neodvedeného alebo oneskorene odvedeného poisťného na zdravotné poistenie, na ktoré mala zdravotná poisťovňa nárok podľa predpisov účinných do 31.12.2004, podaním návrhu na vydanie rozhodnutia platobným výmerom.

2) Podľa § 19 ods. 12 druhá veta zákona č. 580/2004 Z. z. platiteľ poisťného si môže uplatniť na úrade nárok na preplatok z ročného zúčtovania poisťného podaním návrhu na vydanie rozhodnutia platobným výmerom.

3) Subjektmi, voči ktorým sa môžu vydávať rozhodnutia o pohľadávkach na poisťnom na verejné zdravotné poistenie a o pohľadávkach na úroku z omeškania v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z., sú:

- a) zamestnávateľ,
- b) samostatne zárobkovo činná osoba,
- c) štát,
- d) osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená podľa tohto zákona a nie je zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo osobou, za ktorú platí poisťné štát.

4) Subjektmi, voči ktorým sa môžu vydávať rozhodnutia o pohľadávkach na poisťnom na zdravotné poistenie, poplatku z omeškania podľa predpisov účinných do 31.12.2004, t. j. podľa zákona č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 273/1994 Z. z.“), sú:

- a) zamestnávateľ,
- b) samostatne zárobkovo činná osoba,
- c) štát,
- d) Sociálna poisťovňa a orgán, ktorý priznáva, vypláca, zastavuje a odníma dávky nemocenského zabezpečenia podľa osobitného predpisu,
- e) platiteľ poisťného podľa § 10 ods. 2 zákona č. 273/1994 Z. z.

5) Subjekty, voči ktorým sa môžu vydávať rozhodnutia o pohľadávkach na poisťnom vyplývajúce z ročného zúčtovania poisťného v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z., sú:

- a) zamestnávateľ,
 - b) zamestnanec,
 - c) samostatne zárobkovo činná osoba,
 - d) štát,
 - e) osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená podľa tohto zákona a nie je zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo osobou, za ktorú platí poistné štát,
 - f) zdravotná poisťovňa.
- 6) Pohľadávky podľa ods. 3 až 5 tohto článku metodického usmernenia si zdravotná poisťovňa uplatňuje samostatnými návrhmi.

Článok 2 Premlčanie

- 1) Právo zdravotnej poisťovne uplatniť si na úrade nárok na poistné na verejné zdravotné poistenie a na úrok z omeškania sa premlčí uplynutím piatich rokov odo dňa splatnosti poistného. Právo na vrátenie preplatku z ročného zúčtovania poistného sa premlčí uplynutím piatich rokov od kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, v ktorom sa vykonalo ročné zúčtovanie poistného. V prípade nesplnenia povinností podľa § 6 zákona č. 580/2004 Z. z. alebo oznamovacích povinností podľa § 23 ods. 1, 2 a 5 právo zdravotnej poisťovne uplatniť si nárok na predpísanie poistného a úroku z omeškania na úrade sa nepremlčuje.
- 2) Právo zdravotnej poisťovne uplatniť na úrade nárok na poistné, poplatok z omeškania, splatné do 31.12.2004, sa premlčí uplynutím desiatich rokov nasledovne:
 - a) nárok na poistné odo dňa jeho splatnosti,
 - b) nárok na poplatky z omeškania odo dňa nároku zdravotnej poisťovne na predpísanie poplatkov z omeškania,

Článok 3 Podanie návrhu

- 1) Zdravotná poisťovňa podáva návrh na vydanie platobného výmeru (ďalej len „návrh“) na úrade v písomnej alebo v elektronickej forme (viď. príloha č. 2 tohto metodického usmernenia).
- 2) Platiteľ poistného podáva návrh v písomnej podobe podľa odseku 10 tohto článku metodického usmernenia.
- 3) Vo veciach uplatňovania nárokov uvedených v článku 1 ods. 3 až 5 písm. a) až e) písomný návrh na vydanie rozhodnutia platobným výmerom doručuje zdravotná poisťovňa úradu.
- 4) Podstatné náležitosti elektronického návrhu na vydanie rozhodnutia platobným výmerom doručuje zdravotná poisťovňa úradu v elektronickej forme zabezpečenej pred neoprávneným zásahom šifrovaním s minimálne 1 024/2 048 bitovým kľúčom a v komprimovanom stave (formát rar alebo zip) na príslušnú adresu vytvorenú pre jednotlivé zdravotné poisťovne: union@udzsk.sk, vszp@udzsk.sk alebo dovera@udzsk.sk. Dátové rozhranie pre spracovanie návrhov na vydanie rozhodnutia elektronickou formou tvorí prílohu č. 2 tohto metodického usmernenia.
- 5) Zdravotná poisťovňa spolu s elektronickým návrhom, zasiela úradu v elektronickej forme aj súpis k hromadne podávaným návrhom (príloha č. 3 tohto metodického usmernenia) a rozpis dlžných súm (odporúčany vzor v prílohe č. 4 tohto metodického usmernenia) v elektronickej forme, ktorý je zabezpečený pred neoprávneným zásahom šifrovaním s minimálne 1 024/2 048 bitovým kľúčom a v komprimovanom stave (formát rar alebo zip) na príslušnú adresu vytvorenú pre jednotlivé zdravotné poisťovne: vszp@udzsk.sk, union@udzsk.sk alebo dovera@udzsk.sk.
- 6) Zdravotná poisťovňa po zaslaní elektronického návrhu, súpisu k hromadne podávaným návrhom a rozpisu dlžných súm v elektronickej forme, zasiela bez zbytočného odkladu súpis

k hromadne podávaným návrhom v písomnej podobe potvrdený oprávneným zamestnancom na adresu: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Sekcia ekonomiky, Želova 2, 829 24 Bratislava.

7) Písomný návrh na vydanie rozhodnutia o pohľadávkach platobným výmerom podáva v jednom vyhotovení zdravotná poisťovňa úradu prednostne prostredníctvom kontaktnej osoby zdravotnej poisťovne kontaktnej osobe úradu alebo prostredníctvom pošty. Iný spôsob podávania návrhov môže dohodnúť v písomnej forme úrad so zdravotnou poisťovňou, resp. s pobočkou zdravotnej poisťovne.

8) Pokiaľ návrh zdravotnej poisťovne nespĺňa predpísané náležitosti uvedené v čl. 4 tohto metodického usmernenia, úrad vyzve zdravotnú poisťovňu v určenej lehote na opravu alebo doplnenie s uvedením nedostatkov prostredníctvom kontaktných osôb úradu a zdravotnej poisťovne alebo písomnou výzvou spolu s poučením, že inak konanie zastaví.

9) Návrh možno podať len na platiteľa poistného, na ktorého nebol vyhlásený konkurz, nebol vymazaný z obchodného registra alebo nezomrel, ak zdravotná poisťovňa disponuje touto informáciou. Zdravotná poisťovňa pred podaním návrhu tieto skutočnosti preveruje. Ak existuje právny nástupca, uplatní sa pohľadávka voči nemu.

10) Platiteľ poistného podáva písomný návrh na vydanie rozhodnutia o pohľadávkach platobným výmerom vyplývajúci z ročného zúčtovania poistného podľa čl. 1 ods. 5 písm. f) (viď príloha č. 1) v jednom vyhotovení úradu prostredníctvom podateľne úradu alebo prostredníctvom pošty. Prípadné informácie o náležitostiach návrhu platiteľovi poistného podá úrad. Odporúčaný vzor návrhu je prílohou č. 1 tohto metodického usmernenia.

Článok 4 Náležitosti návrhu

1) Údaje, ktoré musia byť uvedené v písomnom alebo elektronickom návrhu podávanom podľa čl. 1 ods. 3 až 5 písm. a) až e):

a) Údaje o zdravotnej poisťovni:

- obchodné meno zdravotnej poisťovne (podľa výpisu z OR SR),
- sídlo,
- IČO,
- kód banky zdravotnej poisťovne, číslo bankového účtu zdravotnej poisťovne pre úhradu uplatnenej pohľadávky.

b) Údaje o platiteľovi poistného, voči ktorému sa podáva návrh na vydanie rozhodnutia – právnická osoba:

- obchodné meno alebo názov,
- sídlo alebo miesto podnikania,
- identifikačné číslo, ak je pridelené.

c) Údaje o platiteľovi poistného, voči ktorému sa podáva návrh na vydanie rozhodnutia – fyzická osoba:

- meno a priezvisko,
- trvalý pobyt,
- rok narodenia.

d) Údaje o platiteľovi poistného, voči ktorému sa podáva návrh na vydanie rozhodnutia – fyzická osoba oprávnená na podnikanie:

- okrem údajov uvedených v čl. 4 ods. 1 písm. c) aj obchodné meno, miesto podnikania a identifikačné číslo, ak je pridelené.

2) Údaje, ktoré musia byť uvedené v písomnom návrhu podávanom podľa čl. 1 ods. 5 písm. f):

a) Údaje o platiteľovi poistného:

- obchodné meno/meno a priezvisko alebo názov,

- adresa sídla/trvalého pobytu alebo bydlisko,
- dátum narodenia,
- IČO, ak je pridelené,
- kód banky platiteľa poisťného a číslo bankového účtu, ak požiadava o vrátenie preplatku bezhotovostnou formou na účet v banke.

b) Údaje o zdravotnej poisťovni, voči ktorej sa podáva návrh na vydanie rozhodnutia:

- obchodné meno zdravotnej poisťovne (podľa výpisu z OR SR),
- sídlo,
- IČO.

3) Fakultatívna príloha písomného návrhu platiteľa poisťného na vydanie rozhodnutia platobným výmerom z titulu ročného zúčtovania preddavkov na poisťné verejné zdravotné poistenie je:

- fotokópia tlačiva, ktorým platiteľ poisťného vykonal ročné zúčtovanie preddavkov na verejné zdravotné poistenie.

Článok 5

Podklady k odvolaciemu konaniu

V prípade podania odvolania niektorým z účastníkov konania (platiteľom poisťného alebo zdravotnou poisťovňou) druhý účastník predloží na základe výzvy úradu písomné stanovisko a podklady k tvrdeniam uvedeným v odvolaní.

Článok 6

Úhrada za vydanie platobného výmeru

1) Úhrada za vydanie platobného výmeru je stanovená vyhláškou MZ SR č. 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou v znení neskorších predpisov pevnou sumou vo výške 5 eur.

2) Úhrada je splatná pri podaní návrhu na číslo účtu úradu vedeného v Štátnej pokladnici č. 7000198653/8180. Zdravotná poisťovňa o vykonaní úhrady informuje úrad elektronickou formou prostredníctvom mailovej správy na adresu uvedenú v čl. 3 ods. 4 tohto metodického usmernenia. Ak sa úhrada nezaplatila pri podaní návrhu alebo v určenej sume, je splatná do ôsmich dní odo dňa doručenia výzvy úradu na jej zaplatenie.

3) Zdravotná poisťovňa pre identifikáciu úhrady použije ako variabilný symbol číslo návrhu.

4) Platiteľ poisťného pre identifikáciu úhrady ako variabilný symbol použije rodné číslo, ak nemá pridelené IČO v tvare: RRMDD/SSSS alebo IČO v tvare: 00xxxxxxx

5) Ak sa úhrada nezaplatí ani na základe písomnej výzvy úradu podľa ods. 2, úrad konanie zastaví.

6) Zdravotná poisťovňa môže zaplatiť úhradu za niekoľko návrhov jednou sumou podľa súpisu podaných návrhov, pričom pre identifikáciu úhrady použije ako variabilný symbol číslo návrhu uvedené ako prvé.

Článok 7

Doručovanie

1) Rozhodnutie úradu sa doručuje účastníkom konania do vlastných rúk. Zdravotnej poisťovni sa doručuje rozhodnutie úradu v dvoch vyhotoveniach.

2) Rozhodnutie určené zdravotnej poisťovni ako účastníkovi konania v dvoch vyhotoveniach môže byť na základe dohody úradu a zdravotnej poisťovne, resp. pobočky zdravotnej poisťovne doručené tak, že prevzatie rozhodnutia potvrdí poverený zamestnanec zdravotnej poisťovne, resp. pobočky zdravotnej poisťovne a toto rozhodnutie až do vyznačenia jeho právoplatnosti a vykonateľnosti zostane v úschove úradu.

3) Ak je rozhodnutie účastníkom konania doručené a v stanovenej lehote účastníci konania nepodajú odvolanie, na vyhotovení rozhodnutia, ktoré je určené zdravotnej poisťovni, úrad vyznačí jeho právoplatnosť a vykonateľnosť.

4) V prípade rozhodnutia doručeného platiteľovi poisťného úrad vyznačí právoplatnosť a vykonateľnosť na tomto rozhodnutí po jeho predložení platiteľom poisťného.

5) Ak zostali rozhodnutia v úschove úradu, formu doručovania rozhodnutí po vyznačení ich právoplatnosti a vykonateľnosti môže dohodnúť úrad so zdravotnou poisťovňou, resp. pobočkou zdravotnej poisťovne.

Článok 8 **Prechodné a záverečné ustanovenia**

1) Pri podávaní návrhov podľa tohto metodického usmernenia si zdravotná poisťovňa a platiteľ poisťného uplatňuje pohľadávku v mene EUR.

2) Toto metodické usmernenie v znení novely č. 3 nadobúda účinnosť dňa 16.08.2011.

3) Dňom nadobudnutia účinnosti tohto metodického usmernenia sa mení a dopĺňa metodické usmernenie č. 1/2008 v znení novely č. 2.

Bratislava 16.08.2011

MUDr. Ján Gajdoš, v. r.
predseda

Meno a priezvisko, adresa platiteľa poistného

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

V dňa

N Á V R H**na vydanie rozhodnutia platobným výmerom z titulu pohľadávky na poistnom vyplývajúci z ročného zúčtovania poistného****Platiteľ poistného:**

Meno a priezvisko/Obchodné meno :
 Trvalý pobyt - adresa/Sídlo :
 Dátum narodenia/IČO :
 Bankové spojenie :
 Číslo účtu :

Zdravotná poisťovňa:

Obchodné meno :
 Sídlo :
 IČO :

I.

Zdravotná poisťovňa (*celý názov, adresa*), IČO: si nespĺnila v zmysle 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 (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) povinnosť vrátiť preplatok na poistnom na základe ročného zúčtovania poistného za rok platiteľovi poistného v zákonom stanovenej lehote podľa ustanovenia § 19 ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z.

II.

Podľa ustanovenia § 19 ods. 12 zákona č. 580/2004 Z. z. má platiteľ poistného právo uplatniť si nárok na preplatok z ročného zúčtovania poistného na Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“).

Zdravotná poisťovňa si svoju povinnosť vrátiť platiteľovi poistného preplatok vyplývajúci z ročného zúčtovania za rok nespĺnila.

III.

Na základe vyššie uvedených skutočností platiteľ poistného navrhuje, aby úrad vydal tento **platobný výmer:**

Zdravotná poisťovňa (*obchodný názov zdravotnej poisťovne*), (*sídlo/adresa*) je povinná zaplatiť platiteľovi poistného (*presné označenie platiteľa poistného/adresa/sídlo, IČO*) preplatok z ročného zúčtovania poistného za rok v sume € (slovom:.....), a to

Alt. 1 na účet navrhovateľa vedený v, č., VS

Alt. 2 poštovou poukážkou na vyššie uvedenú adresu

v lehote do 15 dní odo dňa právoplatnosti platobného výmeru.

platiteľ poistného

Príloha: - fotokópia tlačiva, ktorým platiteľ vykonal ročné zúčtovanie poistného za rok.....

Popis dávky : Vydávanie rozhodnutí o pohľadávkach na poistnom uplatnených zdravotnou poisťovňou platobným výmerom.

Smer : ZP → úrad

Typ dávky : 527

Početnosť : Priebežne. Dávka obsahuje n - počet záznamov o platiteľoch poistného.

Formát prenosu dát : textový súbor, prípona .typ dávky (príklad : .527)

Zloženie názvu súboru dávky : ZPPRRNNN.TYP, kde Z je druhá číslica z kódu zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky zdravotnej poisťovne, RR je rok vytvorenia dávky, NNN je poradové číslo dávky v roku (predpokladá sa 1 dávka denne za zdravotnú poisťovňu, resp. pobočku ZP), TYP je typ dávky (Príklad : 10805123.527). Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)

Oddeľovací znak : |

Identifikácia dávky – pomocou prvého riadku

Obsah dávky :

1. riadok – hlavička :

Štruktúra vety : Typ dávky|Kód ZP a pobočka|Dátum vytvorenia dávky|Počet riadkov v dávke|

No.	Popis položky	Povinnosť	Dĺžka	Dátový typ	Formát/Vzor
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP a pobočka	P	4-4	INT	0000 (pr.: 2130)
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)

Vysvetlivky k jednotlivým položkám :

Typ dávky :

527

Kód ZP a pobočka :

podľa číselníka ZP

Dátum vytvorenia dávky :

rok, mesiac, deň vytvorenia dávky

Počet riadkov v dávke :

udáva sa bez prvého riadku dávky

2. až n-tého riadok – telo dávky : Poradové číslo riadku|Číslo návrhu určené navrhovateľom|Druh návrhu na vydanie rozhodnutia na verejné zdravotné poistenie|Druh návrhu na vydanie rozhodnutia na zdravotné poistenie|Druh platiteľa|IČO | Názov/obchodné meno | |Meno **fyzickej osoby** |Priezvisko **fyzickej osoby** | **Miesto podnikania** |Sídlo/**trvalý pobyt**: obec|Sídlo/ **trvalý pobyt**: Ulica číslo|PSČ|Celková suma predpisu pohľadávky|Z toho istina : predpísaná suma poistného|Úrok z omeškania|Poplatok z omeškania|Poplatok za nesplnenie oznamovacej povinnosti|Obdobie vzniku pohľadávky – OD DO|Kód banky ZP|Číslo bankového účtu ZP|Variabilný symbol ZP1|Variabilný symbol ZP2|Konštantný symbol ZP|Suma poplatku|Variabilný symbol pre trovy konania|Kód pobočky úradu| **Rok** narodenia |Druh návrhu na vydanie rozhodnutia z titulu ročného zúčtovania preddavkov na verejné zdravotné poistenie|Obdobie|Obdobie vzniku pohľadávky – OD DO|istina : predpísaná suma poistného|Úrok z omeškania|Poplatok z omeškania|Kód banky ZP|Číslo bankového účtu ZP|Variabilný symbol ZP| Špecifický symbol|

No.	Popis položky	Povinnosť	Dĺžka	Dátový typ	Formát/Vzor
1	Poradové číslo riadku	P	1-5	INT	99990 (pr.: 23)
2	Číslo návrhu určené navrhovateľom	P	12	CHAR	Odporúčaná tvar : ZZPPRRnnnnnn
3	Druh návrhu na vydanie rozhodnutia na verejné zdravotné poistenie	ALT	1	CHAR	I=istina, U=úrok, K=kombinovaný
4	Druh návrhu na vydanie rozhodnutia na zdravotné poistenie	ALT	1	CHAR	I=istina, P=poplatok, K=kombinovaný
5	Druh platiteľa	P	1	INT	1: zamestnávateľ, 2: SZČO, 3: samoplatiteľ, 4: štát, 5: zamestnanec, 6: zmiešaná kat.

					7:zamestnanec/SZČO 8: zamestnanec/samoplatiteľ 9:zamestnanec/SZČO/samo platiteľ
6	IČO	ALT	8	CHAR	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
7	Názov/obchodné meno	P***	1-150	CHAR	podľa Obchod. alebo Živn. registra
8					
9	Meno fyzickej osoby	P**	1-24	CHAR	napr. MÁRIA
10	Priezvisko fyzickej osoby	P**	1-36	CHAR	napr. HARAMIOVÁ
11	Miesto podnikania	P**	1-70	CHAR	
12	Sídlo/trvalý pobyt : Obec	P	1-25	CHAR	napr. Stupava
13	Sídlo/trvalý pobyt: Ulica číslo	P	1-35	CHAR	napr. Kvetná 10 (bez čiarky)
14	PSC	P	5	INT	00000 (pr. : 95663)
15	Celková suma predpisu pohľadávky	P	10,2	DEC	napr. 26015.00
16	Z toho – Istina : predpísaná suma poistného	P	10,2	DEC	napr. 26015.00
17	: úrok z omeškania	P	10,2	DEC	napr. 0.00
18	: poplatok z omeškania	P	10,2	DEC	napr. 0.00
19					
20	Obdobie vzniku pohľadávky – OD DO	P	320	CHAR	RRRRMMDDRRRRMMDD napr. 2004050120040531
21	Kód banky ZP	P	4	CHAR	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
22	Číslo bankového účtu ZP	P	10	INT	napr. 2628420050
23	Variabilný symbol ZP 1	P*	10	INT	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
24	Variabilný symbol ZP 2	P*	10	INT	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
25	Konštantný symbol ZP	P	4	INT	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
26	Suma poplatku	P	1	DEC	5
27	Variabilný symbol pre trovy konania	P	10	INT	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
28	Kód pobočky úradu	P	1	INT	1: pobočka Bratislava, 2: pobočka Trnava, 3: pobočka Trenčín, 4: pobočka Nové Zámky, 5: pobočka Martin 6: pobočka Banská Bystrica, 7: pobočka Prešov, 8: pobočka Košice
29	Rok narodenia	P**	8-8	DATE	RRRRMMDD
30	Druh návrhu na vydanie rozhodnutia z titulu ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie	ALT	1	CHAR	I= nedoplatok, U=úrok, K=kombinovaný
31	Obdobie RZZP	P	25	CHAR	RRRR napr. 2005
32	Obdobie vzniku pohľadávky – OD DO	P****	320	CHAR	RRRRMMDDRRRRMMDD napr. 2004050120040531
33	Z toho – Istina : predpísaná suma poistného	P****	10,2	DEC	napr. 26015.00
34	: úrok z omeškania	P****	10,2	DEC	napr. 0.00
35	: poplatok z omeškania	P****	10,2	DEC	napr. 0.00
36	Kód banky ZP	ALT	4	CHAR	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
37	Číslo bankového účtu ZP	ALT	10	INT	napr. 2628420050
38	Konštantný symbol ZP	ALT	4	INT	znakový reťazec číslíc s ved.nulami
39	Špecifický symbol	ALT	4	INT	znakový reťazec číslíc s ved.nulami

Vysvetlivky k štruktúre položiek tabuľky

ALT Alternatívna položka

2. Číslo návrhu určené zdravotnou poisťovňou (odporúčaný tvar)
ZZPPRRnnnnnn, pričom :

ZZ – kód ZP; PP – kód pobočky ZP; RR – rok návrhu; nnnnnn – poradové číslo návrhu pobočky ZP v tom roku

3. Druh návrhu na vydanie rozhodnutia na verejné zdravotné poistenie
I = istina, U = úrok, K = kombinovaný
- povinne uvádzaná alternatíva, ak je podaný takýto návrh
4. Druh návrhu na vydanie rozhodnutia na zdravotné poistenie
I = istina, P = poplatok, K = kombinovaný
- povinne uvádzaná alternatíva, ak je podaný takýto návrh
5. Druh platiteľa
 - 1: zamestnávateľ
 - 2: samostatne zárobkovo činná osoba
 - 3: samoplatiteľ – osoba podľa § 11 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. alebo podľa § 10 ods. 2 zákona č. 273/1994 Z. z.
 - 4: štát - osoba podľa § 11 ods. 1 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z.
 - 5: zamestnanec - osoba podľa § 11 ods. 1 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z.
 - 6:Q (samoplatiteľ)/SZČO – tzv. zmiešaná kategória pre podávanie tzv. „zmiešaných návrhov“, príp. (RZ na tlačive typu S, s prílohami SB, SC)
 - 7: zamestnanec/SZČO (RZ na tlačive typu S, s prílohami SA, SB)
 - 8: zamestnanec/samoplatiteľ (RZ na tlačive typu S, s prílohami SA, SC, SD)
 - 9: zamestnanec/SZČO/samoplatiteľ (RZ na tlačive typu S, s prílohami SA, SB, SC)

P***/P**

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 1, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P***, t. j. položky č. 6, 7, 8, 12, 13, 14 a 29, položka 6, 8 a 29 sa vyplní ak zamestnávateľ má pridelené IČO

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 2, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P** a P***, t. j. položky č. 6 ak má pridelené IČO, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 29

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 3 alebo 5, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P** a P***, t. j. položky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 29,

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 5, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P**, P*** a P****, t. j. položky č. 6 ak má pridelené IČO, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 29 a 32,

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 7, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P**, P*** a P****, t. j. položky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 29 a 31,

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 8, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P**, P*** a P****, t. j. položky č. 8, 9, 10, 12, 13, 14, 29 a 31

- ak má položka “5. Druh platiteľa“ hodnotu 9, potom je potrebné povinne vyplniť položky označené ako P**, P*** a P****, t. j. položky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 29 a 31,

6. IČO– platí pre fyzickú osobu oprávnenú na podnikanie alebo právnickú osobu – nepovinné pole sa vyplňa, ak je IČO platiteľovi poistného pridelené
7. Názov/obchodné meno – fyzickú osobu oprávnenú na podnikanie alebo právnickú osobu
9. Meno povinného – platí pre fyzickú osobu, FO oprávnenú na podnikanie
10. Priezvisko povinného – fyzickú osobu, FO oprávnenú na podnikanie
11. Miesto podnikania

12. sídlo/bydlisko: Obec
13. sídlo/bydlisko: Ulica a číslo
14. PSČ
15. Celková suma predpisu pohľadávky v € 15. položka = (16. položka + 17. položka + 26. položka)
 Celková suma predpisu pohľadávky v € 15. položka = (16. položka + 18. položka + 26. položka)
 ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je celková suma predpisu pohľadávky = (16. položka + 33. položka + 26. položka)
 ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je celková suma predpisu pohľadávky = (18. položka + 35. položka + 26. položka)
 ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je celková suma predpisu pohľadávky (17. položka + 34. položka + 26. položka)
16. Z toho – Istina : dlžná suma poistného v €
17. Príslušenstvo : úrok z omeškania v €
18. Príslušenstvo : poplatok z omeškania v €
- 19.
20. Obdobie vzniku pohľadávky – OD DO: tvar RRRRMMDDRRRRMMDD
 Môže byť uvedené maximálne 15 období vzniku pohľadávky oddelené bodkočiarkou. Pokiaľ je období viac, ďalšie sa neuvádzajú.
 ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom uvedené obdobie sa vzťahuje na kategóriu Q (samoplatiteľ). Môže byť uvedené maximálne 15 období vzniku pohľadávky oddelené bodkočiarkou.
21. Kód banky ZP
22. Číslo bankového účtu ZP
23. Variabilný symbol ZP 1
24. Variabilný symbol ZP 2 – VS, ktorý ZP uvedie v prípade, ak bude mať osobitný VS na úhradu úroku z omeškania, prípadne poplatku z omeškania
 P* - musí byť vyplnený aspoň jeden z uvedených údajov
25. Konštantný symbol ZP
26. Suma poplatku 5 €
27. Variabilný symbol pre trovy konania (suma poplatku)
28. Kód pobočky úradu (uvádza sa v návrhu zdravotnej poisťovne pri zasielaní návrhov na vydanie platobných výmerov v elektronickej forme v zmysle čl. V bod 1)
29. Rok narodenia – platí pre fyzickú osobu
30. Druh návrhu na vydanie rozhodnutia z titulu ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie – povinnosť platiteľa odvieť nedoplatok na poistnom. V tomto prípade zdravotná poisťovňa nevyplní položku č. 3
 - povinne uvádzaná alternatíva, ak je podaný takýto návrh
31. Obdobie RZZP – rok, za ktorý platiteľ poistného mal odvieť nedoplatok na poistnom z titulu ročného zúčtovania zdravotného poistenia. Môže byť uvedené maximálne 5 období vzniku pohľadávky oddelené bodkočiarkou. Vyplnené, len ak je vyplnená položka č. 30
32. Ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je potrebné povinne vyplniť položku 32 a uvedené obdobie sa vzťahuje na kategóriu SZČO. Obdobie vzniku pohľadávky – OD DO: tvar RRRRMMDDRRRRMMDD. Môže byť uvedené maximálne 15 období vzniku pohľadávky oddelené bodkočiarkou.
33. Z toho – Istina : dlžná suma poistného v €. Ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je potrebné povinne vyplniť položku 33 a uvedená suma sa vzťahuje na kategóriu SZČO.

34. Príslušenstvo : úrok z omeškania v €. Ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je potrebné povinne vyplniť položku 34 a uvedená suma sa vzťahuje na kategóriu SZČO.
35. Príslušenstvo: poplatok z omeškania v €. Ak má položka "5. Druh platiteľa" hodnotu 6, potom je potrebné povinne vyplniť položku 35 a uvedená suma sa vzťahuje na kategóriu SZČO.
36. Kód banky ZP pre trovy konania (uvádza sa len v prípade uplatnenia náhrady zaplatenej úhrady za vydanie rozhodnutia).
37. Číslo bankového účtu ZP pre trovy konania (uvádza sa len v prípade uplatnenia náhrady zaplatenej úhrady za vydanie rozhodnutia).
38. Konštantný symbol ZP pre trovy konania (uvádza sa len v prípade uplatnenia náhrady zaplatenej úhrady za vydanie rozhodnutia).
39. Špecifický symbol ZP uvádza sa pri podaní návrhu z titulu nedoplatku vyplývajúceho z ročného zúčtovania poistného

Súpis k hromadne podávaným návrhom na vydanie rozhodnutia platobným výmerom z titulu pohľadávok na zdravotné poistenie a na verejné zdravotné poistenie

Por.č.	Číslo návrhu	Variabilný symbol	suma pohľadávky v €	výška poplatku v €	Meno a priezvisko/ názov/obchodné meno platiteľa poistného

suma v € spolu

Číslo dávky:

Dátum podania:

Odovzdal*:

**Meno, priezvisko a podpis
zamestnanca ZP
(osoby oprávnenej):**

Prevzal*:

*** neplatí pre doručenie poštou**

A) Poistné/preddavky

dlžník:

číslo návrhu:

obdobie od	obdobie do	Kategória platiteľ	dátum splatnosti	nedoplatok na poistnom
dd.mm.rr(rr)	dd.mm.rr(rr)		dd.mm.rr(rr)	€
spolu				

Poznámky:

stĺpec C by mal obsahovať Kód platiteľa (napr. FO o, FO podnikateľ 1, PO 2...)

B) Poplatok/úrok z omeškania**Tab. 1**

Dlžník:

číslo návrhu:

obdobie od	obdobie do	nedoplatok na poistnom	dátum splatnosti	počet dní omeškania	suma úrokov z omeškania
spolu					

Vysvetlivky k odkazom:

1/ je určená ako výška štvornásobku základnej úrokovej sadzby Európskej centrálnej banky platnej v deň splatnosti preddavku na poistné podľa § 17 ods. 1 až 5 zákona č. 580/2004 Z. z. alebo nedoplatku na poistnom

2/ v prípade neuhradeného poistného ku dňu podania návrhu na vydanie platobného výmeru je úrok z omeškania vypočítaný ku dňu podania návrhu na vydanie platobného výmeru

Tab.2

Dlžník:

číslo návrhu:

obdobie od	obdobie do	Katégoria	Poistné nezaplatené včas alebo vôbec	dátum splatnosti	dátum úhrady/dátum kontroly (ak úhrada nebola)	Počet dní z omeškania	Výška poplatku (úroku) z omeškania za oneskorenú úhradu	Výška poplatku (úroku) z omeškania za neodvedené poistné	Poplatok (úrok) spolu
dd.mm.rr(rr)	dd.mm.rr(rr)		€	dd.mm.rr(rr)	dd.mm.rr(rr)	o	€	€	€
spolu									

Poznámky:

stĺpce A a B môžu byť i spojené, vypovedná hodnota nebude však ideálna

stĺpec C by mal obsahovať Kód platiteľa (napr. Q FO o, FO podnikateľ 1, PO 2...)

stĺpce H a I môžu byť spolu (stĺpec J tým stráca význam)), vypovedná hodnota nebude však ideálna

C) Ročné zúčtovanie poistného

dlžník:

číslo návrhu:

obdobie od	obdobie do	Katégoria platiteľa	dátum splatnosti	nedoplatok na poistnom
dd.mm.rr(rr)	dd.mm.rr(rr)		dd.mm.rr(rr)	€
spolu				

Poznámky:

stĺpec C by mal obsahovať Kód platiteľa(napr. FO o, FO podnikateľ 1, PO 2...)

Metodické usmernenie č. 3/4/2008
Spôsob a forma vykazovania preddavkov
na poistné
na verejné zdravotné poistenie

august 2011

Článok 1
Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) podľa § 20 ods. 1 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 (ďalej len „zákon o zdravotnom poistení“) a podľa § 20 ods. 1 písm. a) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe a forme vykazovania preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „metodické usmernenie“) za účelom určenia spôsobu a formy vykazovania preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie podľa zákona o zdravotnom poistení.

Článok 2
Vykazovanie preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie

- 1) Platiteľ poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „platiteľ poistného“) vykazuje výšku preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „preddavok“) prostredníctvom výkazu preddavkov (ďalej len „výkaz“). Výkaz predkladá zamestnávateľ a samostatne zárobkovo činná osoba (ďalej len „SZČO“). Zamestnávateľ doručí zdravotnej poisťovni výkaz do troch dní odo dňa splatnosti príslušných preddavkov na poistné.
- 2) Poistenec, ktorý sa stal SZČO, predloží zdravotnej poisťovni výkaz do 8 dní odo dňa, kedy sa stal SZČO. Výkaz SZČO obsahuje údaje pre splnenie oznamovacej povinnosti platiteľa voči zdravotnej poisťovni (začiatok zmeny, dátum). SZČO si predložením tohto výkazu splní svoju zákonnú povinnosť.
- 3) Ak SZČO zmenila k 1. januáru kalendárneho roka zdravotnú poisťovňu, doručí táto osoba príslušnej zdravotnej poisťovni výkaz do 8. januára toho istého kalendárneho roka.
- 4) Ak SZČO zmenila k 1. januáru kalendárneho roka zdravotnú poisťovňu, predloží príslušnej zdravotnej poisťovni odpis z ročného zúčtovania poistného za predchádzajúci kalendárny rok podľa prílohy č. 18 časť B vyhlášky MZ SR č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie v znení neskorších predpisov (ďalej len „vyhláška MZ SR č. 239/2006 Z. z.“) do 30. júna toho istého kalendárneho roka.
- 5) Výkaz má listinnú alebo elektronickú formu.
- 6) Výkaz obsahuje náležitosti uvedené vo vyhláške MZ SR č. 239/2006 Z. z., ktoré sú osobitne stanovené pre zamestnávateľa a osobitne pre SZČO.
- 7) Platitelia poistného predkladajú zdravotným poisťovniam výkaz v listinnej forme výlučne na tlačíve určenom príslušnou zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa vyhotoví tlačívo pre výkaz v listinnej forme podľa príloh č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7 a č. 8 tohto metodického usmernenia.
- 8) Zdravotná poisťovňa zabezpečí prijímanie výkazov v elektronickej forme v štruktúre podľa prílohy č. 1 tohto metodického usmernenia.

- 9) Ak zdravotná poisťovňa nestanoví aj iné spôsoby prijímania výkazov v elektronickej forme, platiteľ poistného môže predložiť výkaz v elektronickej forme len v podobe súboru, ktorého štruktúra je definovaná v prílohe č. 1 tohto metodického usmernenia.
- 10) Ak predložený výkaz v elektronickej forme nie je podpísaný zaručeným elektronickým podpisom oprávnenej osoby platiteľa poistného v súlade so zákonom č. 215/2002 Z. z. o elektronickej podpise v znení neskorších predpisov, je zdravotná poisťovňa oprávnená od platiteľa poistného pri predkladaní výkazu v elektronickej forme požadovať aj súhrnné údaje v listinnej podobe.
- 11) Ak má zamestnávateľ najmenej troch zamestnancov (t. j. 3 zamestnancov vrátane a viac) poistených vo všetkých zdravotných poisťovniach, spĺňajúcich definíciu zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona o zdravotnom poistení, je povinný výkaz zasielať zdravotnej poisťovni, resp. zdravotným poisťovniam výlučne elektronicke. Podľa tohto ustanovenia prvýkrát predložia zamestnávateľa mesačný výkaz za mesiac máj 2011.

Článok 3

Spoločné a prechodné ustanovenia

- 1) Dodatočné a opravné (aditívne) vykazovanie výšky poistného za obdobie do 31. 12. 2004 vykoná platiteľ poistného na tlačivách vyhotovených zdravotnou poisťovňou v súlade so zákonom č. 273/1994 Z. z. v znení neskorších predpisov.
- 2) Vykazovanie a opravu výšky preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie za obdobie od 01. 01. 2005 do 30. 06. 2006 vykoná SZČO na tlačivách vyhotovených úradom v súlade s metodickým usmernením o spôsobe vykazovania preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie č. 21/1/2005 zo dňa 11. októbra 2005. Za obdobie od 01. 07. 2006 si SZČO vypočítava preddavky na poistné v ročnom zúčtovaní poistného na verejné zdravotné poistenie.
- 3) Zamestnávateľ vykazuje preddavky na poistné na verejné zdravotné poistenie od 01. 01. 2005 do 31. 12. 2008 na tlačive podľa prílohy č. 2 tohto metodického usmernenia vyhotovenom v súlade s metodickým usmernením o spôsobe vykazovania preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie č. 21/1/2005 zo dňa 11. 10. 2005.
- 4) Zamestnávateľ vykazuje preddavky na poistné na verejné zdravotné poistenie za obdobia január 2009 vrátane až december 2010, ktoré bude predkladať zdravotnej poisťovni v roku 2009, t. j. po zavedení meny euro, na tlačive vyhotovenom v súlade s týmto metodickým usmernením podľa prílohy č. 4.
- 5) Zamestnávateľ vykazuje preddavky na poistné na verejné zdravotné poistenie za obdobia január 2011 až apríl 2011, na tlačive vyhotovenom v súlade s týmto metodickým usmernením podľa prílohy č. 6.
- 6) Zamestnávateľ vykazuje preddavky na poistné na verejné zdravotné poistenie za obdobia máj 2011 a nasledujúce, na tlačive vyhotovenom v súlade s týmto metodickým usmernením podľa prílohy č. 7. Za obdobia máj 2011 a jún 2011 je možné vykazať preddavky aj na tlačive vyhotovenom v súlade s týmto metodickým usmernením podľa prílohy č. 6.
- 7) Platiteľ poistného vykazuje od 01. 01. 2009 sumy preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie za obdobia do 31. 12. 2008 vrátane v slovenských korunách, ale úhrady týchto preddavkov na poistné realizuje po prepočítaní konverzným kurzom v eurách (1 euro = 30,1260 Sk) so zaokrúhlením na najbližší eurocent nadol podľa § 9 ods. 1 vyhlášky MZ SR č. 247/2008 Z. z., ktorou sa upravujú postupy, spôsoby a ďalšie podrobné pravidlá pre duálne zobrazovanie a pre prepočty, zaokrúhľovanie a vykazovanie peňažných údajov pri prechode na menu euro pre oblasť zdravotníctva.
- 8) Ak zamestnávateľ vykazuje preddavky na poistné na verejné zdravotné poistenie v elektronickej forme v štruktúre podľa prílohy č. 1 tohto metodického usmernenia, tak v dávkach odoslaných do 31. 07. 2011 platiteľa neuvádzajú položku č. 20 druhej vety záhlavia dávky. V dávkach odoslaných od 01. 08. 2011 platiteľa uvádzajú položku č. 20 druhej vety záhlavia dávky.

- 9) Ustanovenie článku 2 ods. 4 metodického usmernenia je účinné do 30. 04. 2011. SZČO je povinná splniť povinnosť podľa článku 2 ods. 4 metodického usmernenia aj v roku 2011 v termíne do 30. 06. 2011.

Článok 4 Zrušovacie ustanovenie

Týmto metodickým usmernením sa ruší usmernenie úradu č. 21/2005 o spôsobe vykazovania preddavkov na poistné zo dňa 11. októbra 2005 v znení novely č. 1.

Článok 4 Účinnosť

- 1) Metodické usmernenie č. 3/2008 v znení novely č. 4 nadobúda účinnosť od 16.08.2011.
- 2) Dňom nadobudnutia účinnosti tohto metodického usmernenia sa mení a dopĺňa metodické usmernenie č. 3/2008 v znení novely č. 3.

V Bratislave 16.08.2011

MUDr. Ján Gajdoš, v.r.
predseda

ŠTRUKTÚRA VÝKAZU V ELEKTRONICKEJ FORME

Obsah:

- Identifikácia dávky (hlavička)
- Záhlavie dávky
- Veta tela dávky

Rozsah:

V jednej dávke sú údaje od jedného platiteľa za jeden mesiac o mesačných preddavkoch na poistné za svojich zamestnancov poistených v príslušnej poisťovni. Jedna dávka môže pozostávať z viacerých súborov dávky umiestnených na viacerých dátových nosičoch.

Dávka má formát textového súboru, prípadne súborov (PLAIN TEXT FILE) v kódovaní ISO LATIN 2 (ISO 8859-2).

Názov súboru na dátovom nosiči je v nasledovnom tvare:

x514rrmm.nnn

Popis položiek názvu súboru:

x	Charakter dávky N – nová (prvotný výkaz) O – opravná (opravný výkaz celkový) A – aditívna (rozdielový výkaz)
514	Typ dávky
rrmm	Identifikácia mesiaca ku ktorému sa dávka vzťahuje rr – posledné dve cifry roka mm – číselné označenie mesiaca (01 – Január ... 12 – December)
nnn	Trojznakový identifikátor určujúci poradie súboru dávky v danom mesiaci

Každá veta je na novom riadku dávky. Formát vety dávky je nasledovný:
polozka_1|polozka_2|...|polozka_N| (**veta je ukončená znakom |**)

Oddeľovač položiek vety je znak | (vertical bar; ASCII #7C). Položky vety nemajú fixnú dĺžku. Čísla sa nedopĺňajú znakom 0 (nula) na začiatku.

Identifikácia dávky

Položka č.	Popis položky	Povinná	Dátový typ	Dĺžka
1.	Charakter dávky	P	CHAR	1
2.	Typ dávky	P	INT	3
3.	IČO platiteľa / RČ / Číslo povolenia na pobyt	P	CHAR	10
4.	Číslo platiteľa	P	CHAR	10
5.	Kód zdravotnej poisťovne	P	CHAR	4
6.	Dátum odoslania dávky	P	DATE	RRRRMMDD
7.	Číslo dávky	P	INT	6
8.	Počet viet tela dávky	P	INT	6
9.	Počet médií		INT	3
10.	Poradové číslo média		INT	3

Popis položiek identifikácie dávky:

Charakter dávky:

N – nová (prvotný výkaz) **dávka**
O – opravná **dávka (v plnom rozsahu nahrádza novú dávku)**
A – aditívna (**rozdielová**) **dávka (dopĺňa novú alebo opravnú dávku)**

Typ dávky	514
IČO platiteľa / RČ / Číslo povolenia na pobyt	10 miestne číslo, v prípade, že IČO má menej znakov ako 10, dopĺňa sa vpredu (na začiatku) dvomi nulami, ak ide o fyzickú osobu uvedie sa 9 alebo 10 miestne rodné číslo bez lomítka a dopĺňa sa nula na konci
Číslo platiteľa	číslo pridelené zdravotnou poisťovňou (variabilný symbol)
Kód zdravotnej poisťovne	na prvé dve miesta sa uvádza číselný kód zdravotnej poisťovne, na druhé dve miesta sa uvedie číselný kód pobočky (v prípade, že zdravotná poisťovňa pobočku nemá, uvedú sa dve nuly)
Číslo dávky	uvedie sa poradové číslo dávky v danom mesiaci Počet viet tela dávky uvedie sa počet poistencov v tele dávky (t.j. v prílohe)
Počet médií	počet médií, na ktorých je dávka doručená
Poradové číslo média	poradové číslo média (1,2,3,...)
P = povinná položka	
Dátový typ:	CHAR – alfanumerický reťazec INT – celé číslo DATE – dátumový údaj v zadanom tvare DEC – desatinné číslo, dĺžka je vyjadrená v tvare x, y kde x značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a y označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.

Záhlavie dávky

Záhlavie obsahuje dve vety.

Záhlavie dávky sa uvádza na každom médiu dávky.

1. veta záhlavia dávky obsahuje identifikačné údaje platiteľa

Položka	Popis položky	Povinná	Dátový typ	Maximálna dĺžka
1.	Obdobie	P	INT	6
2.	Deň určený na výplatu	P	INT	2
3.	Názov platiteľa	P	CHAR	80
4.	IČO platiteľa / RČ / Číslo povolenia na pobyt	P	CHAR	10
5.	Číslo platiteľa	P	CHAR	10
6.	DIČ		CHAR	12
7.	Telefón	N	CHAR	20
8.	Fax		CHAR	20
9.	Email	N	CHAR	75
10.	Kód banky platiteľa	P	CHAR	4
11.	Predčíslenie bankového účtu		CHAR	6
12.	Číslo bankového účtu	P	INT	10

Popis položiek 1. vety záhlavia:

Obdobie

celé číslo v tvare RRRRMM

Deň

iba čísla od 1 do 31

Názov platiteľa

meno a priezvisko alebo názov platiteľa

IČO platiteľa / RČ / Číslo povolenia na pobyt

10 miestne číslo, v prípade, že IČO má menej znakov ako 10, dopĺňa sa vpredu (na začiatku) dvomi nulami, ak ide o fyzickú osobu uvedie sa 9 alebo 10 miestne rodné číslo bez lomítka a dopĺňa sa nula na konci
číslo pridelené zdravotnou poisťovňou (variabilný symbol)

Číslo platiteľa

DIČ

daňové identifikačné číslo

2. veta záhlavia dávky obsahuje údaje o poistnom

Položka	Popis položky	Povinná	Dátový typ	Maximálna dĺžka
1.	Počet prihlásených zamestnancov v príslušnej zdravotnej poisťovni	P	INT	7
2.	SP za zamestnancov bez ZP – zamestnávateľ		DEC	4, 2
3.	SP za zamestnancov bez ZP – zamestnanec		DEC	4, 2
4.	SP za zamestnancov so ZP – zamestnávateľ		DEC	4, 2
5.	SP za zamestnancov so ZP – zamestnanec		DEC	4, 2
6.	Počet zam. bez ZP, za ktorých sa platí poistné	P	INT	7
7.	Počet zam. so ZP, za ktorých sa platí poistné	P	INT	7
8.	Počet započítaných dní – zamestnanci bez ZP	P	INT	8
9.	Počet započítaných dní – zamestnanci so ZP	P	INT	8
10.	Celková výška príjmu celkom – zamestnanci bez ZP	P	DEC	12, 2
11.	Celková výška príjmu celkom – zamestnanci so ZP	P	DEC	12, 2
12.	Vymeriavací základ – zamestnanci bez ZP	P	DEC	12, 2
13.	Vymeriavací základ – zamestnanci so ZP	P	DEC	12, 2
14.	Preddavok - zamestnanci bez ZP – zamestnávateľ	P	DEC	12, 2
15.	Preddavok - zamestnanci bez ZP – zamestnanec	P	DEC	12, 2
16.	Preddavok - zamestnanci so ZP – zamestnávateľ	P	DEC	12, 2
17.	Preddavok - zamestnanci so ZP – zamestnanec	P	DEC	12, 2
18.	Preddavok na poistné celkom	P	DEC	12, 2
19.	Poznámka		CHAR	20
20.	Celkový počet zamestnancov prihlásených vo všetkých zdravotných poisťovniach	P	INT	7

Popis položiek 2. vety dávky:

Položka 1 – uviesť počet zamestnancov aj v prípade, že v danom mesiaci nemá zamestnávateľ povinnosť za zamestnanca odvieť preddavky (**zamestnávateľ má povinnosť podať MV aj v prípade ak má len jedného zamestnanca a za tohto je celé obdobie platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s) zákona o zdravotnom poistení**)

Položka 6 a 7 - uviesť celkový počet zamestnancov, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok (aj v prípade zamestnanca ak bol platiteľom poistného podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s) zákona o zdravotnom poistení len určitú časť mesiaca

Položka 8 a 9 – Uved'ť celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, počas ktorých sa považuje za zamestnanca na účely zdravotného poistenia, za ktoré sa platí preddavok (neuvádzajú sa dni počas ktorých je platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s))

Položka 20 – uviesť celkový počet zamestnancov spĺňajúcich definíciu zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona o zdravotnom poistení poistených vo všetkých zdravotných poisťovniach, za ktorých zamestnávateľ odvádza preddavky aj v prípade, že v danom mesiaci nemá zamestnávateľ povinnosť za zamestnanca odvieť preddavky

Popis skratiek:

SP = sadzba poistného

ZP = zdravotné postihnutie

Do položky 19 (Poznámka) platiteľ uvedie označenie právnej formy:

FO = fyzická osoba, PO = právnická osoba

Položka 20 – uviesť celkový počet zamestnancov spĺňajúcich definíciu zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona o zdravotnom poistení poistených vo všetkých zdravotných poisťovniach, za ktorých zamestnávateľ odvádza preddavky aj v prípade, že v danom mesiaci nemá zamestnávateľ povinnosť za zamestnanca odvieť preddavky

Veta tela dávky

Položka	Popis položky	Povinná	Dátový typ	Dĺžka
1.	Poradové číslo	P	INT	6
2.	Rodné číslo zamestnanca	P	INT	10
3.	Počet dní	P	INT	2

4.	Sadzba poistného – zamestnávateľ	P	DEC	4, 2
5.	Sadzba poistného – zamestnanec	P	DEC	4, 2
6.	Celková výška príjmu zamestnanca	P	DEC	12, 2
7.	Vymeriavací základ zamestnanca	P	DEC	12, 2
8.	Preddavok zamestnávateľ	P	DEC	12,2
9.	Preddavok zamestnanec	P	DEC	12, 2
10.	Preddavok spolu	P	DEC	12, 2

Popis položiek veta tela dávky:

Položka 6 - uviesť celkovú výšku príjmu zamestnanca, na vyplatenie ktorého vznikol zamestnancovi nárok

Poznámka: peňažné sumy uvádzané v štruktúre dávky výkazu v elektronickej forme v závislosti od obdobia, za ktoré je výkaz platiteľom poistného podávaný, v súlade s čl. 2 textovej časti tohto metodického usmernenia, budú vyjadrovať buď hodnotu v slovenských korunách alebo v eurách.

**VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
ZAMESTNÁVATELIA**

(podávaného za obdobia do mesiaca december 2008 vrátane, t. j. do 31.12.2008)

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje
zdravotnej poisťovne

Kód poisťovne

Číslo platiteľa

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

(podávaného za obdobia do mesiaca december 2008 vrátane, t. j. do 31.12.2008)

PRVÁ ČASŤ

(druh výkazu) (N, O, A)

Za obdobie		Deň určený na výplatu príjmov	
------------	--	-------------------------------	--

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno				Právna forma	
Rodné číslo		Číslo povolenia k pobytu		DIČ / IČ DPH	
				IČO	
Sídlo	Obec			Ulica	
	Súpis. číslo	Číslo		PSČ	Štát
Telefón		Fax		E-mail	
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky			Predčíslenie	Číslo účtu	Kód banky

ÚDAJE O PREDDAVKOCH

1.	Počet prihlásených zamestnancov	
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v Sk	
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v Sk	
6.	Sadzba v % / Preddavok v Sk za zamestnávateľa podľa 2. časti výkazu	%
7.	Sadzba v % / Preddavok v Sk za zamestnancov podľa 2. časti výkazu	%
8.	Celková suma preddavku (r. 6 + r. 7)	
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v Sk	
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v Sk	
13.	Sadzba v % / Preddavok v Sk za zamestnávateľa podľa 2. časti výkazu	%
14.	Sadzba v % / Preddavok v Sk za zamestnancov podľa 2. časti výkazu	%
15.	Celková suma preddavku (r. 13 + r. 14)	
16.	Preddavok spolu v Sk: (r. 8 + r. 15)	

Vyplnil		Telefón		Dňa		Počet strán 2. časti výkazu	
Podpis a pečiatka platiteľa poistného				Výkaz evidoval			
Dátum				Dátum evidencie			

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje
zdravotnej poisťovne

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

(podávaného za obdobia do mesiaca december 2008 vrátane, t. j. do 31.12.2008)

DRUHÁ ČASŤ

(druh

Za obdobie

Identifikácia zamestnávateľa

Názov	IČO

Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky

Por. čís.	Rodné číslo poistenca	Počet dní	Celkový príjem	Vymeriavací základ	Sadzba preddavku v %		Suma preddavku v Sk		Preddavok spolu
					Zamestnávateľ	Zamestnanec	Zamestnávateľ (so zaokrúhlením na celé koruny nahor)	Zamestnanec	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Vyplnil

Strana číslo / Celkový počet strán 2. časti výkazu

Podpis odtlačok pečiatky platiteľa poistného

Výkaz evidoval

Dátum

Dátum evidencie

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha 2), prvá časť

Text polí	Vysvetlivky:
Kód poisťovne	4-mestný kód (kód poisťovne "2x" doplnený o kód pobočky, v ktorej je platiteľ prihlásený) Kódy pobočiek sa nachádzajú spravidla na internetových stránkach zdravotných poisťovní.
Číslo platiteľa	IČO doplnené dvomi nulami vzadu, alebo číslo pridelené poisťovňou
Druh výkazu	Vyplňte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovného v riadnom vykazovacom termíne O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu
Za obdobie	Vyplňte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)
Deň určený na výplatu príjmov	Uveďte dátum dňa určeného na výplatu príjmov v tvare: 10.01.2008
ÚDAJE O PLATITEĽOVI	
Meno a priezvisko Obchodné meno	Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje meno a priezvisko a obchodné meno uvedené v doklade, na základe, ktorého vykonáva svoju podnikateľskú činnosť Zamestnávateľ - právnická osoba uvedie svoje obchodné meno z výpisu z Obchod. registra
Právna forma	Právna forma zamestnávateľa: FO – fyzická osoba; PO – právnická osoba
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo podľa občianskeho preukazu alebo rodného listu.
Číslo povolenia k pobytu	Uveďte číslo podľa povolenia na prechodný pobyt cudzincov.
DIČ / IČ DPH	Uveďte celé daňové identifikačné číslo.
IČO	Uveďte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).
Sídlo	Uveďte obec, ulicu, súpis. číslo a číslo domu, PSČ podľa sídla, resp. miesta podnikania na výpise z OR, resp. podľa ŽL, štát.
Telefón	Uveďte číslo telefónu s predvolbou
Fax	Uveďte číslo faxu s predvolbou
E-mail	Uveďte elektronickú adresu
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky	Uveďte názov bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet.
Predčíslenie účtu	Uveďte predčíslenie účtu
Číslo účtu	Uveďte číslo účtu
Kód banky	Uveďte kód bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet .
ÚDAJE O PREDDAVKOV	
1.	Počet prihlásených zamestnancov Uveďte celkový počet zamestnancov – poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne
Poistenci bez zdravotného postihnutia	
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok Uveďte celkový počet zamestnancov bez ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v Sk Uveďte úhrn celých príjmov (v Sk) zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 – 4 zákona o zdravotnom poistení)
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v Sk Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 – 4 a ods. 8. zákona o zdravotnom poistení.
6.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v Sk za zamestnávateľa.
7.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v Sk za zamestnanca bez ZP.
8.	Celková suma preddavku Uveďte súčet riadkov 6 + 7
Poistenci so zdravotným postihnutím	
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok Uveďte celkový počet zamestnancov so ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v Sk Uveďte úhrn celých príjmov (v Sk) zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 – 4 zákona o zdravotnom poistení)
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v Sk Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 – 4 a ods. 8. zákona o zdravotnom poistení.
13.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v Sk za zamestnávateľa.
14.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v Sk za zamestnanca so ZP.
15.	Celková suma preddavku Uveďte súčet riadkov 13 + 14
16.	Preddavok spolu v Sk Uveďte súčet riadkov 8 a 15
	Vyplnil, Telefón, Dňa, Počet strán prílohy Uveďte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu, jej číslo telefónu, deň, kedy bol výkaz vyplnený a počet strán druhej časti výkazu.
	Podpis a pečiatka platiteľa poisťovného Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplňte pečiatkou zamestnávateľa.
Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôsobiť aktuálnym zmenám.	

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha č. 2), druhá časť

Text polí	Vysvetlivky
N, O, A	Vyplňte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovného v riadnom termíne

	O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu
Za obdobie	Vyplňte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)
Identifikácia zamestnávateľa	
1. Názov	Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje obchodné meno uvedené v doklade, na základe ktorého vykonáva svoju samostatnú zárobkovú činnosť. Zamestnávateľ právnická osoba uvedenie svoje obchodné meno z výpisu z Obchodného registra SR.
2. IČO	Vyplňte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).
Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky	
Por. Číslo	Vyplňte poradové číslo.
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo zamestnanca.
Počet dní	Uveďte počet kalendárnych dní, za ktoré sa za zamestnanca platí preddavok.
Celkový príjem	Uveďte celkový príjem zamestnanca (§ 13 ods. 1 – 4 zákona o zdravotnom poistení).
Vymeriavací základ	Uveďte vymeriavací základ (§13 ods. 1-4 a ods. 8 zákona o zdravotnom poistení).
Sadzba preddavku v %	Vyplňte v percentách samostatne za zamestnávateľa a zamestnanca v členení podľa zdravotného postihnutia.
Suma preddavku v Sk	Uveďte sumu preddavku v Sk: za zamestnávateľa a za zamestnanca.
Preddavok spolu	Uveďte súčet preddavku zamestnávateľa a zamestnanca.
Vyplnil	Uveďte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu.
Dňa	Uveďte dátum vyplnenia výkazu.
Strana číslo/celkový počet strán	Uveďte číslo príslušnej strany prílohy/súčet všetkých strán prílohy.
Podpis a odtlačok pečiatky platiteľa poistného	Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplníte odtlačkom pečiatky zamestnávateľa.
Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôbiť aktuálnym zmenám.	

**VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
SAMOSTATNE ZÁROBKOVO ČINNÉ OSOBY**

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne
--	---

Kód poisťovne	
Číslo platiteľa	

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE
samostatne zárobkovo činnnej osoby (N,O)¹⁾

Za obdobie	od:	do:
------------	-----	-----

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

1.	Meno:				Priezvisko:			
2.	Dátum narodenia:	Rodné číslo	iné identifikačné číslo (BIČ):	IČO:	DIČ:			
3.	Miesto trvalého pobytu	Obec: Ulica:	PSC: Číslo:	Štát:				
4.	Miesto prechod. pobytu	Obec: Ulica:	PSC: Číslo:	Štát:				
5.	E-mail:	Telefón:	Fax:					
6.	Názov banky alebo pobočky zahranič. banky:	Predčíslenie účtu:	Číslo účtu:	Kód banky:				

Platnosť zmeny		Dátum zmeny							
-----------------------	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--

ÚDAJE O PREDDAVKOCH	Preddavky určené SZČO pri vzniku povinnosti platiť poistné (§ 20 ods. 2 písm. a) ⁴⁾	preddavky určené SZČO pri zmene ZP k 1.1. kalendár. roka (§ 20 ods. 2 písm. b) ⁴⁾
Počet mesiacov prevádzkovania činnosti SZČO v predch. roku		
Základ dane ²⁾		
Výdavky na zdravotné poistenie ³⁾		
Sadzba poistného v %		
Preddavok na poistné v Sk (obdobie 1.1.2005 – 31.12.2008)		
Preddavok na poistné v €		

Podpis a pečiatka platiteľa poistného

Dátum

Výkaz evidoval:

Dátum evidencie:

1) N = nový (prvotný) výkaz

O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz

2) Pri vykazovaní obdobia od 01.01. 2005 do 30.06.2006 sa uvedú údaje z výpisu z daň. priznania za príslušné roky (2003, 2004, 2005).

Pri vykazovaní obdobia od 01.07.2006 sa uvedú údaje z ročného zúčtovania poistného za príslušný rok.

3) Uvedú sa pri vykazovaní období po 01.07.2006.

4) Zákona 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Platnosť zmeny: Z-začiatok, S-storno

Dátum zmeny: deň mesiac a rok začiatku SZČO

**VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
ZAMESTNÁVATELIA**

(podávaného za obdobie od mesiaca január 2009 vrátane a nasledujúce)

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne
--	---

Kód poisťovne	
Číslo platiteľa	

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

PRVÁ ČASŤ

(druh)

Za obdobie		Deň určený na výplatu príjmov	
------------	--	-------------------------------	--

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno						Právna forma	
Rodné číslo		Číslo povolenia k pobytu		DIČ / IČ DPH		IČO	
Sídlo	Obec				Ulica		
	Súpis. číslo		Číslo	Súpis. číslo	PSČ	Štát	
Telefón			Fax		E-mail		
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky			Predčíslenie	Číslo účtu		Kód banky	

ÚDAJE O PREDDAVKOCH

1.	Počet prihlásených zamestnancov	
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
6.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa 2. časti výkazu	%
7.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa 2. časti výkazu	%
8.	Celková suma preddavku (r. 6 + r. 7)	
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
13.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa 2. časti výkazu	%
14.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa 2. časti výkazu	%
15.	Celková suma preddavku (r. 13 + r. 14)	
16.	Preddavok spolu v €: (r. 8 + r. 15)	

Vyplnil		Telefón		Dňa		Počet strán 2. časti výkazu	
---------	--	---------	--	-----	--	-----------------------------	--

Podpis a pečiatka platiteľa poistného	
Dátum	

Výkaz evidoval	
Dátum evidencie	

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje
zdravotnej poisťovne

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

DRUHÁ ČASŤ

(druh ...)

Za obdobie

Identifikácia zamestnávateľa

Názov	IČO
-------	-----

Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky

Por. čís.	Rodné číslo poistenca	Počet dní	Celkový príjem	Vymeriavací základ	Sadzba preddavku v %		Suma preddavku v €		Preddavok spolu
					Zamestnávateľ	Zamestnanec	Zamestnávateľ	Zamestnanec	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Vyplnil

Strana číslo / Celkový počet strán 2. časti výkazu

Podpis odtlačok pečiatky platiteľa poistného

Výkaz evidoval

Dátum

Dátum evidencie

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha č. 4), prvá časť

Text polí	Vysvetlivky:
Kód poisťovne	4-miestny kód (kód poisťovne "2x" doplnený o kód pobočky, v ktorej je platiteľ prihlásený) Kódy pobočiek sa nachádzajú spravidla na internetových stránkach zdravotných poisťovní.
Číslo platiteľa	IČO doplnené dvomi nulami vzadu, alebo číslo pridelené poisťovňou
Druh výkazu	Vyplňte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovního v riadnom vykazovacom termíne O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu
Za obdobie	Vyplňte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)
Deň určený na výplatu príjmov	Uveďte dátum dňa určeného na výplatu príjmov v tvare: 10.01.2008
ÚDAJE O PLATITEĽOVI	
Meno a priezvisko Obchodné meno	Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje meno a priezvisko a obchodné meno uvedené v doklade, na základe, ktorého vykonáva svoju podnikateľskú činnosť Zamestnávateľ - právnická osoba uvedie svoje obchodné meno z výpisu z Obchod. registra
Právna forma	Právna forma zamestnávateľa: FO – fyzická osoba; PO – právnická osoba
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo podľa občianskeho preukazu alebo rodného listu.
Číslo povolenia k pobytu	Uveďte číslo podľa povolenia na prechodný pobyt cudzincov.
DIČ / IČ DPH	Uveďte celé daňové identifikačné číslo.
IČO	Uveďte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).
Sídlo	Uveďte obec, ulicu, súpis. číslo a číslo domu, PSČ podľa sídla, resp. miesta podnikania na výpise z OR, resp. podľa ŽL, štát.
Telefón	Uveďte číslo telefónu s predvolbou
Fax	Uveďte číslo faxu s predvolbou
E-mail	Uveďte elektronickú adresu
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky	Uveďte názov bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet.
Predčíslenie účtu	Uveďte predčíslenie účtu
Číslo účtu	Uveďte číslo účtu
Kód banky	Uveďte kód bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet .
ÚDAJE O PREDDAVKOCH	
1.	Počet prihlásených zamestnancov Uveďte celkový počet zamestnancov – poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne
Poistenci bez zdravotného postihnutia	
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok Uveďte celkový počet zamestnancov bez ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v € Uveďte úhrn celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 – 4 zákona o zdravotnom poistení)
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v € Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 – 4 a ods. 8. zákona o zdravotnom poistení.
6.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
7.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca bez ZP.
8.	Celková suma preddavku v € Uveďte súčet riadkov 6 + 7
Poistenci so zdravotným postihnutím	
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok Uveďte celkový počet zamestnancov so ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v € Uveďte úhrn celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 – 4 zákona o zdravotnom poistení)
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v € Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 – 4 a ods. 8. zákona o zdravotnom poistení.
13.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
14.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca so ZP.
15.	Celková suma preddavku v € Uveďte súčet riadkov 13 + 14
16.	Preddavok spolu v € Uveďte súčet riadkov 8 a 15
	Vyplnil, Telefón, Dňa, Počet strán prílohy Uveďte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu, jej číslo telefónu, deň, kedy bol výkaz vyplnený a počet strán druhej časti výkazu.
	Podpis a pečiatka platiteľa poisťovního Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplňte pečiatkou zamestnávateľa.
Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôbiť aktuálnym zmenám.	

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha č. 4), druhá časť

Text polí	Vysvetlivky
N, O, A	Vyplňte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovního v riadnom termíne

	O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu
Za obdobie	Vyplňte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)
Identifikácia zamestnávateľa	
1. Názov	Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje obchodné meno uvedené v doklade, na základe ktorého vykonáva svoju samostatnú zárobkovú činnosť. Zamestnávateľ právnická osoba uvedenie svoje obchodné meno z výpisu z Obchodného registra SR.
2. IČO	Vyplňte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).
Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky	
Por. Číslo	Vyplňte poradové číslo.
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo zamestnanca.
Počet dní	Uveďte počet kalendárnych dní, za ktoré sa za zamestnanca platí preddavok.
Celkový príjem	Uveďte celkový príjem zamestnanca (§ 13 ods. 1 – 4 zákona o zdravotnom poistení).
Vymeriavací základ	Uveďte vymeriavací základ (§13 ods. 1-4 a ods. 8 zákona o zdravotnom poistení).
Sadzba preddavku v %	Vyplňte v percentách samostatne za zamestnávateľa a zamestnanca v členení podľa zdravotného postihnutia.
Suma preddavku v €	Uveďte sumu preddavku v € za zamestnávateľa a za zamestnanca.
Preddavok spolu	Uveďte súčet preddavku zamestnávateľa a zamestnanca.
Vyplnil	Uveďte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu.
Dňa	Uveďte dátum vyplnenia výkazu.
Strana číslo/celkový počet strán	Uveďte číslo príslušnej strany prílohy/súčet všetkých strán prílohy.
Podpis a odtlačok pečiatky platiteľa poistného	Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplňte odtlačkom pečiatky zamestnávateľa.
Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôbiť aktuálnym zmenám.	

VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
SAMOSTATNE ZÁROBKOVO ČINNÉ OSOBY
 (podávaného za obdobie od mesiaca január 2011 vrátane a nasledujúce)

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	Miesto pre interné údaje zdravotnej poisťovne
--	---

Kód poisťovne	
Číslo platiteľa	

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE
 samostatne zárobkovo činnnej osoby (N,O)¹⁾

Za obdobie	od:	do:
------------	-----	-----

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

1.	Meno:	Priezvisko:			
2.	Dátum narodenia:	Rodné číslo	iné identifikačné číslo (BIČ):	IČO:	DIČ:
3.	Miesto trvalého pobytu	Obec: Ulica:	PSČ: Číslo:	Štát:	
4.	Miesto prechod. pobytu	Obec: Ulica:	PSČ: Číslo:	Štát:	
5.	E-mail:	Telefón:	Fax:		
6.	Názov banky alebo pobočky zahranič. banky:	Predčíslenie účtu:	Číslo účtu:	Kód banky:	

Platnosť zmeny	Dátum zmeny
----------------	-------------

ÚDAJE O PREDDAVKOV	Preddavky na poistné na obdobie od 1.1. do 31.12. (§ 20 ods. 6) ²⁾
Počet mesiacov prevádzkovania činnosti SZČO v predch. roku	
Základ dane ²⁾	
Sadzba	
Preddavok na poistné v €	

Podpis a pečiatka platiteľa poistného
Dátum

Výkaz evidoval:
Dátum evidencie:

1) N = nový (prvotný) výkaz
 O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz
 2) Zákona 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Platnosť zmeny: Z-začiatok, S-storno
 Dátum zmeny: deň mesiac a rok začiatku SZČO

**VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
ZAMESTNÁVATELIA**

(podávaného za obdobie od mesiaca január 2011 vrátane až mesiac apríl 2011)

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	Miesto pre interné údaje
	Kód poisťovne
	Číslo platiteľa (IČO+OJ)

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

(druh výkazu) (N, O, A)

Za obdobie	Deň určený na výplatu príjmov
------------	-------------------------------

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno		Právna forma	
Rodné číslo	Číslo povolenia k pobytu	DIČ / IČ DPH	IČO
Sídlo	Obec	Ulica	
Súpis. číslo	Číslo	PSC	Štát

ÚDAJE O PREDDAVKOCH

1.	Počet prihlásených zamestnancov	
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
6.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa zoznamu zamestnancov	%
7.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa zoznamu zamestnancov	%
8.	Celková suma preddavku (r. 6 + r. 7)	
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
13.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa zoznamu zamestnancov	%
14.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa zoznamu zamestnancov	%
15.	Celková suma preddavku (r. 13 + r. 14)	
16.	Preddavok spolu v €: (r. 8 + r. 15)	

Vyplnil	Telefón	Fax	E-mail
---------	---------	-----	--------

Zoznam zamestnancov, príjmy, vymeriavacie základy a preddavky

Por. čís.	Rodné číslo poistenca	Počet dní	Celkový príjem	Vymeriavací základ	Sadzba preddavku v %		Suma preddavku v €		Preddavok spolu
					Zamestnávateľ	Zamestnanec	Zamestnávateľ	Zamestnanec	
1									
2									

Podpis a pečiatka platiteľa poistného
Dátum

Pečiatka poisťovne
Dátum prevzatia

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha č. 6), prvá časť

Text polí	Vysvetlivky:	
Kód poisťovne	4-miestny kód (kód poisťovne "2x" doplnený o kód pobočky, v ktorej je platiteľ prihlásený) Kódy pobočiek sa nachádzajú spravidla na internetových stránkach zdravotných poisťovní.	
Číslo platiteľa	IČO doplnené dvomi nulami vzadu, alebo číslo pridelené poisťovňou	
Druh výkazu	Vypíšte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovne v riadnom vykazovacom termíne O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu	
Za obdobie	Vypíšte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)	
Deň určený na výplatu príjmov	Uveďte dátum dňa určeného na výplatu príjmov v tvare: 10.01.2008	
ÚDAJE O PLATITEĽOVI		
Meno a priezvisko Obchodné meno	Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje meno a priezvisko a obchodné meno uvedené v doklade, na základe, ktorého vykonáva svoju podnikateľskú činnosť Zamestnávateľ - právnická osoba uvedie svoje obchodné meno z výpisu z Obchod. registra	
Právna forma	Právna forma zamestnávateľa: FO – fyzická osoba; PO – právnická osoba	
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo podľa občianskeho preukazu alebo rodného listu.	
Číslo povolenia k pobytu	Uveďte číslo podľa povolenia na prechodný pobyt cudzincov.	
DIČ / IČ DPH	Uveďte celé daňové identifikačné číslo.	
IČO	Uveďte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).	
Sídlo	Uveďte obec, ulicu, súpis. číslo a číslo domu, PSČ podľa sídla, resp. miesta podnikania na výpise z OR, resp. podľa ŽL, štát.	
Telefón	Uveďte číslo telefónu s predvolbou	
Fax	Uveďte číslo faxu s predvolbou	
E-mail	Uveďte elektronickú adresu	
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky	Uveďte názov bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet.	
Predčíslenie účtu	Uveďte predčíslenie účtu	
Číslo účtu	Uveďte číslo účtu	
Kód banky	Uveďte kód bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet .	
ÚDAJE O PREDDAVKOCH		
1.	Počet prihlásených zamestnancov	Uveďte celkový počet zamestnancov – poistencov príslušnej zdravotnej poisťovne
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	Uveďte celkový počet zamestnancov bez ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	Uveďte úhrn celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 a 6 až 8 zákona o zdravotnom poistení)
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení.
6.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
7.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca bez ZP.
8.	Celková suma preddavku v €	Uveďte súčet riadkov 6 + 7
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	Uveďte celkový počet zamestnancov so ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	Uveďte úhrn celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 a 6 až 8 zákona o zdravotnom poistení)
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení.
13.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
14.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca so ZP.
15.	Celková suma preddavku v €	Uveďte súčet riadkov 13 + 14
16.	Preddavok spolu v €	Uveďte súčet riadkov 8 a 15
	Vyplnil, Telefón, Fax, e-mail	Uveďte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu, jej číslo telefónu, fax a e-mail.
Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky		
Por. Číslo	Vypíšte poradové číslo.	
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo zamestnanca.	
Počet dní	Uveďte počet kalendárnych dní, za ktoré sa za zamestnanca platí preddavok.	
Celkový príjem	Uveďte celkový príjem zamestnanca (§ 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. o zdravotnom poistení).	
Vymeriavací základ	Uveďte vymeriavací základ (§13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení).	

Sadzba preddavku v %	Vyplňte v percentách samostatne za zamestnávateľa a zamestnanca v členení podľa zdravotného postihnutia.
Suma preddavku v €	Uveďte sumu preddavku v € za zamestnávateľa a za zamestnanca.
Preddavok spolu	Uveďte súčet preddavku zamestnávateľa a zamestnanca.
Podpis a odtlačok pečiatky platiteľa poistného, dátum	Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplňte odtlačkom pečiatky zamestnávateľa a dátumom vystavenia
<p>Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôbiť aktuálnym zmenám.</p>	

**VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
ZAMESTNÁVATELIA**

(podávaného za obdobie od mesiaca máj 2011 vrátane a nasledujúce)

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	Miesto pre interné údaje
	Kód poisťovne
	Číslo platiteľa (IČO+OJ)

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Za obdobie	Deň určený na výplatu príjmov
------------	-------------------------------

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno		Právna forma	
Rodné číslo		Číslo povolenia k pobytu	
DIČ / IČ DPH		IČO	
Sídlo	Obec	Ulica	
Súpis. číslo	Číslo	PSČ	Štát

ÚDAJE O PREDDAVKOV

1.	Počet prihlásených zamestnancov v príslušnej zdravotnej poisťovni	
1A.	Počet všetkých zamestnancov	
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
6.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa zoznamu zamestnancov	%
7.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa zoznamu zamestnancov	%
8.	Celková suma preddavku (r. 6 + r. 7)	
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
13.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa zoznamu zamestnancov	%
14.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa zoznamu zamestnancov	%
15.	Celková suma preddavku (r. 13 + r. 14)	
16.	Preddavok spolu v €: (r. 8 + r. 15)	

Vyplnil	Telefón	Fax	E-mail
---------	---------	-----	--------

Zoznam zamestnancov, príjmy, vymeriavacie základy a preddavky

Por. čís.	Rodné číslo poistenca	Počet dní	Skutočná výška príjmu	Vymeriavací základ	Sadzba preddavku v %		Suma preddavku v €		Preddavo k spolu
					Zamest -	Zamest -nanec	Zamestnávateľ	Zamestnanec	
1									
2									

Podpis a pečiatka platiteľa poistného
Dátum

Pečiatka poisťovne
Dátum prevzatia

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha č. 6), prvá časť

Text polí		Vysvetlivky:
Kód poisťovne		4-miestny kód (kód poisťovne "2x" doplnený o kód pobočky, v ktorej je platiteľ prihlásený) Kódy pobočiek sa nachádzajú spravidla na internetových stránkach zdravotných poisťovní.
Číslo platiteľa		IČO doplnené dvomi nulami vzadu, alebo číslo pridelené poisťovňou
Druh výkazu		Vypĺňte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovne v riadnom vykazovacom termíne O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu
Za obdobie		Vypĺňte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)
Deň určený na výplatu príjmov		uvedte číslo dňa v mesiaci
ÚDAJE O PLATITEĽOVI		
Meno a priezvisko Obchodné meno		Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje meno a priezvisko a obchodné meno uvedené v doklade, na základe, ktorého vykonáva svoju podnikateľskú činnosť Zamestnávateľ - právnická osoba uvedie svoje obchodné meno z výpisu z Obchod. registra
Právna forma		Právna forma zamestnávateľa: FO – fyzická osoba; PO – právnická osoba
Rodné číslo		Uvedte rodné číslo podľa občianskeho preukazu alebo rodného listu.
Číslo povolenia k pobytu		Uvedte číslo podľa povolenia na prechodný pobyt cudzincov.
DIČ / IČ DPH		Uvedte celé daňové identifikačné číslo.
IČO		Uvedte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).
Sídlo		Uvedte obec, ulicu, súpis. číslo a číslo domu, PSČ podľa sídla, resp. miesta podnikania na výpise z OR, resp. podľa ŽL, štát.
Telefón		Uvedte číslo telefónu s predvolbou
Fax		Uvedte číslo faxu s predvolbou
E-mail		Uvedte elektronickú adresu
Názov banky alebo pobočky zahraničnej banky		Uvedte názov bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet.
Predčíslenie účtu		Uvedte predčíslenie účtu
Číslo účtu		Uvedte číslo účtu
Kód banky		Uvedte kód bankovej inštitúcie, ktorá vedie váš účet .
ÚDAJE O PREDDAVKOCH		
1.	Počet prihlásených zamestnancov	Uvedte celkový počet zamestnancov prihlásených v príslušnej zdravotnej poisťovni spĺňajúcich štatút zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení
1A.	Počet všetkých zamestnancov	Uvedte celkový počet zamestnancov prihlásených vo všetkých zdravotných poisťovniach spĺňajúcich štatút zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	Uvedte celkový počet zamestnancov bez ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	Uvedte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	Uvedte úhm celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 a 6 až 8 zákona o zdravotnom poistení)
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	Uvedte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení.
6.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa	Uvedte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
7.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov	Uvedte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca bez ZP.
8.	Celková suma preddavku v €	Uvedte súčet riadkov 6 + 7
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	Uvedte celkový počet zamestnancov so ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	Uvedte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, za ktoré sa platí preddavok.
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	Uvedte úhm celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 a 6 až 8 zákona o zdravotnom poistení)
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	Uvedte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení.
13.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa	Uvedte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
14.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov	Uvedte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca so ZP.
15.	Celková suma preddavku v €	Uvedte súčet riadkov 13 + 14
16.	Preddavok spolu v €	Uvedte súčet riadkov 8 a 15
Vyplnil, Telefón, Fax, e-mail		Uvedte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu, jej číslo telefónu, fax a e-mail.

Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky	
Por. Číslo	Vyplňte poradové číslo.
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo zamestnanca.
Počet dní	Uveďte počet kalendárnych dní, za ktoré sa za zamestnanca platí preddavok.
Skutočná výška príjmu	Uveďte celkový príjem zamestnanca (§ 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. o zdravotnom poistení).
Vymeriavací základ	Uveďte vymeriavací základ (§13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení)
Sadzba preddavku v %	Vyplňte v percentách samostatne za zamestnávateľa a zamestnanca v členení podľa zdravotného postihnutia.
Suma preddavku v €	Uveďte sumu preddavku v € za zamestnávateľa a za zamestnanca.
Preddavok spolu	Uveďte súčet preddavku zamestnávateľa a zamestnanca.
Podpis a odtlačok pečiatky platiteľa poistného, dátum	Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplňte odtlačkom pečiatky zamestnávateľa a dátumom vystavenia
<p>Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôbiť aktuálnym zmenám.</p>	

**VZOR VÝKAZU V LISTINNEJ FORME
ZAMESTNÁVATELIA**

(podávaného za obdobie od mesiaca august 2011 vrátane a nasledujúce)

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne	Miesto pre interné údaje
	Kód poisťovne
	Číslo platiteľa (IČO+OJ)

VÝKAZ PREDDAVKOV NA POISTNÉ NA VEREJNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

(druh výkazu) (N, O, A)

Za obdobie	Deň určený na výplatu príjmov
------------	-------------------------------

ÚDAJE O PLATITEĽOVI

Meno a priezvisko Obchodné meno		Právna forma	
Rodné číslo	Číslo povolenia k pobytu	DIČ / IČ DPH	IČO
Sídlo	Obec	Ulica	
	Súpis. číslo	Číslo	PSČ
			Štát

ÚDAJE O PREDDAVKOCH

1.	Počet prihlásených zamestnancov v príslušnej zdravotnej poisťovni	
1A.	Počet všetkých zamestnancov	
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
6.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa zoznamu zamestnancov	%
7.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa zoznamu zamestnancov	%
8.	Celková suma preddavku (r. 6 + r. 7)	
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	
13.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnávateľa podľa zoznamu zamestnancov	%
14.	Sadzba v % / Preddavok v € za zamestnancov podľa zoznamu zamestnancov	%
15.	Celková suma preddavku (r. 13 + r. 14)	
16.	Preddavok spolu v €: (r. 8 + r. 15)	

Vyplnil	Telefón	Fax	E-mail
---------	---------	-----	--------

Zoznam zamestnancov, príjmy, vymeriavacie základy a preddavky

Por. čís.	Rodné číslo poistenca	Počet dní	Celková výška príjmu	Vymeriavací základ	Sadzba preddavku v %		Suma preddavku v €		Preddavo k spolu
					Zamestnávateľ	Zamestnanec	Zamestnávateľ	Zamestnanec	
1									
2									

Podpis a pečiatka platiteľa poistného Dátum
--

Pečiatka poisťovne Dátum prevzatia

Vysvetlivky k výkazu preddavkov – zamestnávateľa (príloha č. 6), prvá časť

Text polí	Vysvetlivky:	
Kód poisťovne	4-mestný kód (kód poisťovne "2x" doplnený o kód pobočky, v ktorej je platiteľ prihlásený) Kódy pobočiek sa nachádzajú spravidla na internetových stránkach zdravotných poisťovní.	
Číslo platiteľa	IČO doplnené dvomi nulami vzadu, alebo číslo pridelené poisťovňou	
Druh výkazu	Vypĺňte príslušné písmeno vo štvorčeku: N = nový (prvotný výkaz), ktorý podáva platiteľ poisťovni v riadnom vykazovacom termíne O = opravný – je výkaz, ktorým sa opravuje celý prvotný výkaz A = aditívny (rozdielový) – je výkaz, ktorým vykazujeme rozdiel v údajoch oproti novému výkazu	
Za obdobie	Vypĺňte obdobie, za ktoré sa výkaz predkladá v tvare: 200801 (RRRRMM)	
Deň určený na výplatu príjmov	uveďte číslo dňa v mesiaci	
ÚDAJE O PLATITEĽOVI		
Meno a priezvisko Obchodné meno	Zamestnávateľ – fyzická osoba uvedie svoje meno a priezvisko a obchodné meno uvedené v doklade, na základe, ktorého vykonáva svoju podnikateľskú činnosť Zamestnávateľ - právnická osoba uvedie svoje obchodné meno z výpisu z Obchod. registra	
Právna forma	Právna forma zamestnávateľa: FO – fyzická osoba; PO – právnická osoba	
Rodné číslo	Uveďte rodné číslo podľa občianskeho preukazu alebo rodného listu.	
Číslo povolenia k pobytu	Uveďte číslo podľa povolenia na prechodný pobyt cudzincov.	
DIČ / IČ DPH	Uveďte celé daňové identifikačné číslo.	
IČO	Uveďte identifikačné číslo organizácie (inštitúcie).	
Sídlo	Uveďte obec, ulicu, súpis. číslo a číslo domu, PSČ podľa sídla, resp. miesta podnikania na výpise z OR, resp. podľa ŽL, štát.	
Telefón	Uveďte číslo telefónu s predvolbou	
Fax	Uveďte číslo faxu s predvolbou	
E-mail	Uveďte elektronickú adresu	
ÚDAJE O PREDDAVKOCH		
1.	Počet prihlásených zamestnancov	Uveďte celkový počet zamestnancov prihlásených v príslušnej zdravotnej poisťovni spĺňajúcich štatút zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (aj v prípade zamestnanca podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s)) (zamestnávateľ má povinnosť podať MV aj v prípade ak má len jedného zamestnanca a za tohto je celé obdobie platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s) zákona o zdravotnom poistení)
1A.	Počet všetkých zamestnancov	Uveďte celkový počet zamestnancov prihlásených vo všetkých zdravotných poisťovniach spĺňajúcich štatút zamestnanca podľa § 11 ods. 3 zákona 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení (aj v prípade zamestnanca podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s))
Poistenci bez zdravotného postihnutia		
2.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	Uveďte celkový počet zamestnancov bez ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok len ak je výška preddavku vyššia ako nula
3.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, počas ktorých sa považuje za zamestnanca na účely zdravotného poistenia, za ktoré sa platí preddavok (neuvádzajú sa dni počas ktorých je platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s))
4.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	Uveďte úhrn celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 a 6 až 8 zákona o zdravotnom poistení)
5.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení.
6.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
7.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca bez ZP.
8.	Celková suma preddavku v €	Uveďte súčet riadkov 6 + 7
Poistenci so zdravotným postihnutím		
9.	Počet zamestnancov, za ktorých sa platí preddavok	Uveďte celkový počet zamestnancov so ZP, za ktorých sa vypočítava a platí preddavok len ak je výška preddavku vyššia ako nula
10.	Počet kalendárnych dní, za ktoré sa platí preddavok	Uveďte celkový počet kalendárnych dní v mesiaci, počas ktorých sa považuje za zamestnanca na účely zdravotného poistenia, za ktoré sa platí preddavok (neuvádzajú sa dni počas ktorých je platiteľom štát podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s))
11.	Celkový príjem, ktorý je predmetom výpočtu VZ v €	Uveďte úhrn celých príjmov (v € zamestnancov, za ktorých je vypočítaný preddavok. (§ 13 ods. 1 a 6 až 8 zákona o zdravotnom poistení)
12.	Vymeriavací základ podľa § 13 v €	Uveďte vymeriavací základ podľa § 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. zákona o zdravotnom poistení.
13.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnávateľa	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnávateľa.
14.	Sadzba v % /Preddavok za zamestnancov	Uveďte sadzbu v percentách a preddavok v € za zamestnanca so ZP.
15.	Celková suma preddavku v €	Uveďte súčet riadkov 13 + 14
16.	Preddavok spolu v €	Uveďte súčet riadkov 8 a 15
	Vyplnil, Telefón, Fax, e-mail	Uveďte čitateľne meno a priezvisko osoby zodpovednej za vyplnenie výkazu, jej číslo telefónu, fax a e-mail.

Zoznam zamestnancov, vymeriavacie základy a preddavky	
Por. Číslo	Vypĺňte poradové číslo.

Rodné číslo	Uveďte rodné číslo zamestnanca.
Počet dní	Uveďte počet kalendárnych dní, za ktoré sa za zamestnanca platí preddavok.
Celková výška príjmu	Uveďte celkový príjem zamestnanca (§ 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. o zdravotnom poistení), na vyplatenie ktorého vznikol zamestnancovi nárok
Vymeriavací základ	Uveďte vymeriavací základ preddavku na poistné podľa (§ 13 ods. 1 a ods. 6 až 8. o zdravotnom poistení (v prípade zamestnanca podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s) sa uvádza nulový vymeriavací základ) V prípade vyplatenia príjmu počas poberania napr. nemocenského alebo materského sa bude uvádzať skutočný vymeriavací základ.
Sadzba preddavku v %	Vyplňte v percentách samostatne za zamestnávateľa a zamestnanca v členení podľa zdravotného postihnutia.
Suma preddavku v €	Uveďte sumu preddavku v € za zamestnávateľa a za zamestnanca.
Preddavok spolu	Uveďte súčet preddavku zamestnávateľa a zamestnanca.
Podpis a odtlačok pečiatky platiteľa poistného, dátum	Výkaz podpísaný poverenou osobou zamestnávateľa doplňte odtlačkom pečiatky zamestnávateľa a dátumom vystavenia
Poznámka: Odporúčame sledovať novely zákona č. 580/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, ktoré môžu spôsobiť prečíslovanie uvedených paragrafov, vtedy bude potrebné výpočet prispôbiť aktuálnym zmenám.	

Metodické usmernenie č. 4/5/2008

Spôsob oznamovania nesplnenia povinností poistencami a platiteľmi poistného zdravotnou poisťovňou

august 2011

Článok 1 Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej len „úrad“) podľa § 20 ods. 2 písm. l) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 581/2004 Z. z.“) vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe oznamovania nesplnenia povinností poistencami a platiteľmi poistného (ďalej len „metodické usmernenie“).

Článok 2 Oznámenie porušenia povinností poistencami a platiteľmi poistného

- 1) Zdravotná poisťovňa v súlade s § 25 ods. 1 písm. f) 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 (ďalej len „zákon č. 580/2004 Z. z.“) oznamuje úradu nesplnenie povinností poistencami, ktoré sú uvedené v príslušných ustanoveniach § 6 ods. 1 a ods. 5, § 22 ods. 2 písm. a), c) a e), § 23 ods. 1 písm. a), b), c) v spojení s § 22 ods. 2 písm. b), § 23 ods. 1 písm. d) a e), ods. 3 až ods. 6, ods. 8 a ods. 12, § 35 (príloha č. 5) zákona č. 580/2004 Z. z. a nesplnenie povinností platiteľmi poistného, ktoré sú uvedené v ustanovení § 24 písm. a), b), c), f) až h), j) a k) (príloha č. 6) zákona č. 580/2004 Z. z. k poslednému dňu kalendárneho mesiaca za predchádzajúci kalendárny mesiac v súlade s ustanovením § 10 ods. 1 písm. c) zákona č. 581/2004 Z. z.
- 2) Oznámenie zdravotnej poisťovne má elektronickú formu.
- 3) Zdravotná poisťovňa doručí oznámenie v štruktúre uvedenej v prílohách č. 1 a č. 2 tohto metodického usmernenia (dávky č. 523 a č. 524) v elektronickej forme na adresu rozhranie@udzsk.sk.
- 4) Zdravotná poisťovňa oznámi úradu kontaktné poverené zodpovedné osoby – zamestnancov pre zabezpečenie komunikácie s úradom. Úrad oznámi zdravotnej poisťovni poverené kontaktné zodpovedné osoby – zamestnancov pre zabezpečenie komunikácie so zdravotnou poisťovňou. Kontaktné osoby a ich e-mailové adresy na účely komunikácie medzi zdravotnou poisťovňou a úradom si úrad a zdravotná poisťovňa vzájomne písomne nahlásia do 7 pracovných dní od účinnosti tohto metodického usmernenia, resp. pri zmene kontaktných osôb do 7 pracovných dní odo dňa zmeny týchto osôb.
- 5) Úrad má právo overiť si relevantnosť údajov uvádzaných v oznámení zdravotnej poisťovne pre účely správneho konania o uloženie pokuty formou e-mailovej žiadosti zasielanej úradom zdravotnej poisťovni. Zároveň je úrad oprávnený požadovať predloženie dokladov k príslušnému oznámeniu, ktoré preukazujú začiatok porušenia (nesplnenia) povinnosti a koniec porušenia (resp. dodatočného splnenia) povinnosti, ak takýmito dokladmi zdravotná poisťovňa disponuje. Spravidla pôjde o tlačivo „oznámenie poistenca/platiteľa“, prípadne iný relevantný doklad preukazujúci začiatok a koniec porušenia (nesplnenia) povinnosti. Zdravotná poisťovňa predloží úradu príslušné doklady, ktoré má k dispozícii v lehote do 10 pracovných dní od doručenia žiadosti úradu. V prípade väčšieho množstva vyžadovaných alebo predkladaných dokladov si kontaktné osoby podľa ods. 4 tohto článku individuálne dohodnú lehotu na ich predloženie. Úrad zašle zdravotnej poisťovni zoznam riadkov dávky 523 a 524, za ktoré žiada doklady o porušení, v dávke 5xx.

- 6) V prípade nesplnenia povinnosti platiteľa poisťného podľa § 24 písm. a) zákona č. 580/2004 Z. z. – vykazovanie poisťného príslušnej zdravotnej poisťovni, ak platiteľ poisťného do dňa oznámenia zdravotnej poisťovne podľa tohto metodického usmernenia nepredložil mesačný výkaz, zdravotná poisťovňa predloží úradu oznámenie v elektronickej forme v štruktúre uvedenej v prílohe č. 4 tohto metodického usmernenia.
- 7) Úrad sa môže v mimoriadnych odôvodnených prípadoch vopred s príslušnou zdravotnou poisťovňou dohodnúť na zaslaní, resp. predložení mimoriadneho oznámenia porušenia (nesplnení) povinností poisťencom, resp. platiteľom poisťného v štruktúre uvedenej v prílohe č. 3 a č. 4 tohto metodického usmernenia.

Článok 3

Overenie oznámenia pred začatím konania o uložení pokuty

- 1) Zdravotná poisťovňa zasiela úradu verifikované oznámenia s uvedením ukončenia porušenia (dodatočného splnenia) povinností poisťencom a platiteľom poisťného (ďalej len „overenie oznámenia“), resp. s neuvedením ukončenia porušenia, pokiaľ porušenie trvá. Overenie oznámenia je nevyhnutné z dôvodu potvrdenia skutočností uvedených v oznámení zdravotnej poisťovne podľa čl. 2 ods. 1 tohto metodického usmernenia pre účely riadneho začatia správneho konania vo veci uloženia pokuty poisťencom a platiteľom poisťného za porušenie (nesplnenie) povinností ustanovených zákonom č. 580/2004 Z. z.
- 2) Overenie oznámenia podľa ods. 1 tohto článku zdravotná poisťovňa zasiela úradu vždy za príslušný kalendárny polrok k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného polroka a za príslušný kalendárny rok k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného roka.
- 3) V overení oznámenia zdravotná poisťovňa uvedie len tie porušenia, na ktorých sa vopred dohodnú kontaktné osoby zdravotnej poisťovne a úradu podľa odseku 4 článku 2 tohto metodického usmernenia najmenej 30 dní pred požadovaným zaslaním overenia oznámenia za splnenia nasledujúcich podmienok:
 - 3.1 u poisťencov alebo platiteľov poisťného je v rámci jednotlivých oznámení zasielaných zdravotnou poisťovňou úradu podľa tohto metodického usmernenia vyznačené ukončenie porušenia (dodatočné splnenie) povinností, pričom k porušeniu (nesplneniu) povinností došlo v príslušnom kalendárnom polroku, resp. kalendárnom roku,
 - 3.2 k porušeniu (nesplneniu) povinností poisťencom alebo platiteľom poisťného došlo v príslušnom kalendárnom polroku, resp. kalendárnom roku a stále trvá a to aj po jeho skončení,
 - 3.3 u poisťencov alebo platiteľov poisťného je v rámci jednotlivých oznámení zasielaných zdravotnou poisťovňou úradu podľa tohto metodického usmernenia vyznačené ukončenie porušenia (resp. dodatočné splnenie) povinností v príslušnom kalendárnom polroku, resp. kalendárnom roku, pričom k porušeniu (nesplneniu) povinností došlo pred príslušným kalendárnym polrokom, resp. kalendárnym rokom.
- 4) Zdravotná poisťovňa zašle overenie oznámenia v štruktúre uvedenej v prílohách č. 3 a č. 4 tohto metodického usmernenia (dávky č. 538 a č. 539) v elektronickej forme na adresu rozhranie@udzs.sk. Zároveň so zaslaním overenia oznámenia zdravotná poisťovňa predloží úradu sprievodný list potvrdzujúci správnosť údajov v overení oznámenia. Sprievodný list bude obsahovať číselný zoznam overených porušení povinností.
- 5) Úrad po spracovaní overenia oznámenia zašle zdravotnej poisťovni zoznam tých porušení (nesplnení) povinností, pri ktorých začne správne konanie o uložení pokuty. Úrad zasiela zoznam podľa tohto odseku kontaktným osobám uvedeným v článku 2 ods. 4 tohto metodického usmernenia na vopred dohodnutú e-mailovú adresu a vopred dohodnutým spôsobom. V zozname úrad uvedie okrem subjektov, u ktorých predpokladá začatie správneho konania vo veci uloženia pokuty, aj predpokladaný termín začatia správneho konania.

- 6) Zdravotná poisťovňa predloží úradu v lehote podľa čl. 2 ods. 5 tohto metodického usmernenia a postupom dohodnutým kontaktnými osobami podľa článku 2 ods. 4 tohto metodického usmernenia k príslušnému overeniu oznámenia doklady preukazujúce začiatok a koniec porušenia (nesplnenia) povinnosti, ktoré má k dispozícii, po predchádzajúcej žiadosti príslušnej pobočky úradu. Úrad zašle zdravotnej poisťovni zoznam riadkov dávky č. 538 a č. 539, za ktoré žiada doklady o porušení, v dávke 5xx. Doklady, ktoré zdravotná poisťovňa predkladá vo forme fotokópií, resp. skenovaných dokumentov úradu na základe predchádzajúcej žiadosti, sú spravidla tlačivá „oznámenie poistenca/platiteľa“, prípadne iné doklady preukazujúce začiatok a koniec porušenia (nesplnenia) povinnosti. V prípade dokladov, ktoré poistenec alebo platiteľ poistného podá elektronicky, predloží ich zdravotná poisťovňa vo forme výpisu z informačného systému zdravotnej poisťovne potvrdeného zamestnancom zdravotnej poisťovne. Úrad zasiela dávky pre predloženie dokladov podľa tohto odseku spravidla v jednej dávke s výnimkou mimoriadnych situácií, kedy je úrad oprávnený vyžiadať si doklady zo zdravotnej poisťovne aj pre konkrétne overenie oznámenia.
- 7) V prípadoch, v ktorých zdravotná poisťovňa v overení oznámenia odporučí úradu uloženie pokuty (príloha č. 3 položka 26 dátového rozhrania a príloha č. 4 položka 19 dátového rozhrania), predkladá úradu doklady uvedené v ods. 5 tohto článku bez predchádzajúcej výzvy úradu v termíne podľa ods. 2 tohto článku metodického usmernenia.
- 8) Za správnosť údajov uvedených zdravotnou poisťovňou v dávkach 538 a 539 potvrdených sprievodným listom podľa ods. 4 tohto článku zodpovedá člen predstavenstva zdravotnej poisťovne, resp. ním poverený zamestnanec zdravotnej poisťovne.

Článok 4 Prechodné ustanovenia

- 1) Zdravotná poisťovňa za porušenie povinnosti ustanovenej v § 23 ods. 1 písm. e) (kód 23), v § 23 ods. 3 (kód 24) a v § 23 ods. 12 (kód 27) zákona č. 580/2004 Z. z. predloží oznámenie za január až september 2011 podľa štruktúry dávky 523 do 31. 10. 2011.
- 2) Zdravotná poisťovňa za porušenie povinnosti ustanovenej v § 24 písm. k) (kód 10) a v § 24 písm. a) (kód 11) zákona č. 580/2004 Z. z. predloží oznámenie za január až september 2011 podľa štruktúry dávky 524 do 31. 10. 2011.
- 3) Zdravotná poisťovňa zašle úradu prvýkrát verifikované oznámenia za prvý polrok 2011 podľa čl. 3 ods. 1 do 31. 08. 2011.

Článok 5 Záverečné ustanovenia

- 1) V prílohe č. 7 tohto metodického usmernenia sú uvedené podmienky na výmenu údajov medzi úradom a zdravotnými poisťovňami.
- 2) Toto metodického usmernenie v znení novely č. 5 nadobúda účinnosť 01.10.2011.

V Bratislave 16.08.2011

MUDr. Ján Gajdoš, v. r.
predseda

Oznamovanie porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov poisťencom

Údaje sú zdravotné poisťovne povinné oznamovať úradu za každý kalendárny mesiac najneskôr k poslednému dňu nasledujúceho mesiaca. Oznámenie má elektronickú formu.

Štruktúra vety:

Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/BÍČ|Dátum narodenia|Adresa pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Druh porušenia právneho predpisu|Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu|Koniec porušenia právneho predpisu|Zákonný zástupca alebo iná FO alebo PO, ktorej bol maloletý zverený do výchovy|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/BÍČ|Dátum narodenia|Adresa pobytu/ Sídlu/Obec|Ulica číslo|PSČ|Výška nedoplatku/preplatku|Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne|

Popis dávky: **Porušenie všeobecne záväzných predpisov poisťencom**
Smer: ZP -> Ústredie úradu
Typ dávky: 523
Početnosť: Dávka je zasielaná najneskôr k poslednému dňu nasledujúceho mesiaca, dávka obsahuje n-počet záznamov o poisťenoch.
Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_070731_523.txt).
 Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),
Oddel'ovací znak: |v prípade txt formátu. Oddel'ovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky - pomocou prvého riadku
Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6	DATE	RRRRMM
6	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
7	Poradové číslo opravovanej dávky	P6	3-3	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám

Kód ZP : podľa číselníka ZP
 Dátum vytvorenia dávky : rok, mesiac, deň vytvorenia dávky
 Počet riadkov v dávke : udáva sa bez prvého riadku dávky
 Poradové číslo opravovanej dávky:
 poradové číslo opravovanej dávky – P6 - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 6 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-7	INT	9999990 (pr.:23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Názov	N	1-60	CHAR	
5	IČO	P1	8-8	CHAR	
6	Rodné číslo/BIC	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
8	Adresa pobytu: Obec	P	1-25	CHAR	
9	Ulica číslo	P4	1-35	CHAR	
10	PSC	P	5-5	CHAR	
11	Druh porušenia právneho predpisu	P	1-2	CHAR	Legenda č. I
12	Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Koniec obdobia porušenia právneho predpisu	P2	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Zákonný zástupca alebo iná FO alebo PO, ktorej bol maloletý zverený do výchovy	P3	0-1	CHAR	
15	Meno	P3	1-24	CHAR	
16	Priezvisko	P3	1-36	CHAR	
17	Názov	P3	1-60	CHAR	
18	IČO	P3	8-8	CHAR	
19	Rodné číslo / BIC	P3	9-10	CHAR	
20	Dátum narodenia	P3	8-8	DATE	RRRRMMDD
21	Adresa pobytu / Sídlo: Obec	P3	1-25	CHAR	
22	Ulica číslo	P4	1-35	CHAR	
23	PSC	P4	5-5	CHAR	
24	Výška nedoplatku / preplatku	P5	10,2	FLOAT	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.
25	Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne	P	4-4	INT	

Vysvetlivky:

Položka 4 sa vyplní, ak poistenec má názov (obchodný názov)

P1 - RČ alebo IČO musí byť vyplnené, môžu byť vyplnené aj obidva údaje

P2 - Položka 13 je vyplnená, ak je obdobie porušenia ukončené

P3 - Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti uvedenej pod kódom 18 alebo 51 až 55, vyplňa sa v prípade, ak zdravotná poisťovňa disponuje údajmi o zákonom zástupcovi

P4 – Položka sa vyplňa, ak zdravotná poisťovňa disponuje požadovanými údajmi

P5 – Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti uvedenej pod kódom 20 alebo 21; hodnota položky je v prípade nedoplatku kladná (+) a v prípade preplatku záporná (-)

Osobitné vysvetlivky niektorých položiek:

Položka 6 a 19 – udáva sa rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo

Položka 14 – Zákonný zástupca alebo iná FO alebo PO, ktorej bol maloletý zverený do výchovy môže nadobúdať hodnoty: A – zástupca je definovaný

Oznamovanie porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov platiteľom poistného

Údaje sú zdravotné poisťovne povinné oznamovať úradu za každý kalendárny mesiac najneskôr k poslednému dňu nasledujúceho mesiaca. Oznamenie má elektronickú formu.

Štruktúra vety:

Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/BÍČ|Dátum narodenia|Adresa trvalého pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Druh porušenia právneho predpisu|Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu|Koniec obdobia porušenia právneho predpisu|Počet zamestnancov, za ktorých platiteľ poistného nesplnil povinnosť vykazovať poistné príslušnej zdravotnej poisťovni alebo neoznámil zmenu platiteľa poistného|Suma nezaplateného preddavku na poistnom na verejné zdravotné poistenie platiteľom poistného|Výška nedoplatku / preplatku|Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne|Identifikačné číslo organizačnej jednotky platiteľa|

Popis dávky: Porušenie všeobecne záväzných predpisov platiteľom poistného

Smer: ZP -> Ústredie úradu

Typ dávky: 524

Početnosť: Dávka je zasielaná najneskôr k poslednému dňu nasledujúceho mesiaca, dávka obsahuje n- počet záznamov o platiteľoch.

Formát prenosu dát: textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_070731_524.txt).

Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky - pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6	DATE	RRRRMM
6	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
7	Poradové číslo opravovanej dávky	P6	3-3	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám

Kód ZP : podľa číselníka ZP

Dátum vytvorenia dávky : rok, mesiac, deň vytvorenia dávky

Počet riadkov v dávke : udáva sa bez prvého riadku dávky

Poradové číslo opravovanej dávky : poradové číslo opravovanej dávky – P6 - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 6 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.:23)
2	Meno	P	1- 24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Názov	P	1-60	CHAR	
5	IČO	P1	8-8	CHAR	
6	Rodné číslo/BIC	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Dátum narodenia	N	8-8	DATE	RRRRMMDD
8	Adresa pobytu / Sídlo : Obec	P	1-25	CHAR	
9	Ulica číslo	P7	1-35	CHAR	
10	PSC	P	5-5	CHAR	
11	Druh porušenia právneho predpisu	P	1-2	CHAR	Legenda č. II
12	Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Koniec obdobia porušenia právneho predpisu	P2	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Počet zamestnancov, za ktorých platiteľ poisťného nesplnil povinnosť vykazovať poisťné prísl. ZP alebo neoznámil zmenu platiteľa poisťného	P3	1-5	INT	
15	Suma nezaplateného preddavku na poisťnom na verejné zdravotné poistenie platiteľom poisťného	P4	10,2	FLOAT	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.
16	Výška nedoplatku / preplatku	P5	10,2	FLOAT	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.
17	Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne	P	4-4	INT	
18	Identifikačné číslo organizačnej jednotky platiteľa	N	1-10	CHAR	

Vysvetlivky:

Položka 2, 3 alebo 4 sa vyplňajú alternatívne, avšak môžu byť vyplnené súčasne

P1 - RČ alebo IČO musí byť vyplnené, môžu byť vyplnené aj obidva údaje

Položka 7 sa nevyplní, ak je platiteľ poisťného právnická osoba

P2 - Položka je vyplnená, ak je obdobie porušenia ukončené

P3 - Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o porušenie povinnosti platiteľa poisťného uvedenej pod kódom 2 a 4

P4 - Položka 15 je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti platiteľa poisťného uvedenej po kódom 1

P5 – Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti uvedenej pod kódom 21, 22, 23 alebo 24; hodnota položky je v prípade nedoplatku kladná (+) a v prípade preplatku záporná (-)

P7 – Položka sa vyplní, ak zdravotná poisťovňa disponuje požadovanými údajmi

Osobitné vysvetlivky niektorých položiek:

Položka 6 – udáva sa rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo

Položka 18 – zdravotná poisťovňa vyplní iba v prípade, ak platiteľ poisťného má organizačné jednotky s takýmto údajom (podľa výpisu z príslušného registra)

Overenie oznámenia porušenia všeobecne záväzných právnych predpisov poisťencom

Overenie oznámenia zdravotné poisťovne doručujú úradu za každý príslušný kalendárny **polrok** najneskôr k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného polroka a za príslušný kalendárny rok k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného roka. Overenie oznámenia má elektronickú formu.

Štruktúra vety:

Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/BÍČ|Dátum narodenia|Adresa pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Druh porušenia právneho predpisu|Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu|Koniec porušenia právneho predpisu|Zákonný zástupca alebo iná FO alebo PO, ktorej bol maloletý zverený|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/BÍČ|Dátum narodenia|Adresa pobytu/ Sídlo/Obec|Ulica číslo|PSČ|Výška nedoplatku/preplatku|Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne|Odporúčanie na uloženie pokuty|

Popis dávky:

Porušenie všeobecne záväzných predpisov poisťencom

Smer:

ZP -> Ústredie úradu

Typ dávky:

538

Početnosť:

Dávka je zasielaná za kalendárny polrok najneskôr k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného polroka a za príslušný kalendárny rok k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného roka, dávka obsahuje n-počet záznamov o poisťenoch.

Formát prenosu dát:

textový súbor

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“. (Príklad: 2561_015_070731_538.txt).

Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie:

v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak:

| v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky - pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6	DATE	RRRRKK
6	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
7	Poradové číslo opravovanej dávky	P6	3-3	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám

Kód ZP : podľa číselníka ZP

Dátum vytvorenia dávky : rok, mesiac, deň vytvorenia dávky

Počet riadkov v dávke : udáva sa bez prvého riadku dávky

Obdobie dávky : vo formáte RRRRKK, kde RRRR je rok a KK príslušný polrok/rok (polrok 01/rok 02)

Poradové číslo opravovanej dávky:

poradové číslo opravovanej dávky – P6 – táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 6 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-7	INT	9999990 (pr.:23)
2	Meno	P	1-24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Názov	N	1-60	CHAR	
5	IČO	P1	8-8	CHAR	
6	Rodné číslo/BIC	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Dátum narodenia	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
8	Adresa pobytu: Obec	P	1-25	CHAR	
9	Ulica číslo	P4	1-35	CHAR	
10	PSC	P	5-5	CHAR	
11	Druh porušenia právneho predpisu	P	1-2	CHAR	Legenda č. I
12	Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Koniec obdobia porušenia právneho predpisu	P2	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Zákonný zástupca alebo iná FO alebo PO, ktorej bol maloletý zverený do výchovy	P3	0-1	CHAR	
15	Meno	P3	1-24	CHAR	
16	Priezvisko	P3	1-36	CHAR	
17	Názov	P3	1-60	CHAR	
18	IČO	P3	8-8	CHAR	
19	Rodné číslo / BIC	P3	9-10	CHAR	
20	Dátum narodenia	P3	8-8	DATE	RRRRMMDD
21	Adresa pobytu / Sídlo: Obec	P3	1-25	CHAR	
22	Ulica číslo	P4	1-35	CHAR	
23	PSC	P4	5-5	CHAR	
24	Výška nedoplatku / preplatku	P5	10,2	FLOAT	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.
25	Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne	P	4-4	INT	
26	Odporúčanie na uloženie pokuty	P	0-1	CHAR	

Vysvetlivky:

Položka 4 sa vyplní, ak poistenec má názov (obchodný názov)

P1 - RČ alebo IČO musí byť vyplnené, môžu byť vyplnené aj obidva údaje

P2 - Položka 13 je vyplnená, ak je obdobie porušenia ukončené

P3 - Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti uvedenej pod kódom 18 alebo 51 až 55, vyplňa sa v prípade, ak zdravotná poisťovňa disponuje údajmi o zákonomnom zástupcovi

P4 - Položka sa vyplní, ak zdravotná poisťovňa disponuje požadovanými údajmi

P5 - Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti uvedenej pod kódom 20 alebo 21; hodnota položky je v prípade nedoplatku kladná (+) a v prípade preplatku záporná (-)

Osobitné vysvetlivky niektorých položiek:

Položka 6 a 19 - udáva sa rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo

Položka 14 - Zákonný zástupca alebo iná FO alebo PO, ktorej bol maloletý zverený do výchovy môže nadobúdať hodnoty: A - zástupca je definovaný

Položka 26 - odporúčanie na uloženie pokuty môže nadobúdať hodnoty:

P - zdravotná poisťovňa odporúča uložiť pokutu

V prípade neodporúčania zdravotná poisťovňa neuvedie žiadny údaj.

Overenie oznámenia všeobecne záväzných právnych predpisov platiteľom poistného

Overenie oznámenia zdravotné poisťovne doručujú úradu za každý príslušný kalendárny polrok najneskôr k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného polroka a za príslušný kalendárny rok k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného roka. Overenie oznámenia má elektronickú formu.

Štruktúra vety:

Poradové číslo riadku|Meno|Priezvisko|Názov|IČO|Rodné číslo/BÍČ|Dátum narodenia|Adresa trvalého pobytu/obec|Ulica číslo|PSČ|Druh porušenia právneho predpisu|Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu|Koniec obdobia porušenia právneho predpisu|Počet zamestnancov, za ktorých platiteľ poistného nesplnil povinnosť vykazovať poistné prísl. ZP alebo neoznámil zmenu platiteľa poistného|Suma nezaplateného preddavku na poistnom na verejné zdravotné poistenie platiteľom poistného|Výška nedoplatku / preplatku|Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne|Identifikačné číslo organizačnej jednotky platiteľa|Neodovzdaný MV za obdobie od|Neodovzdaný MV za obdobie do|Neodovzdaný MV za obdobie od|Neodovzdaný MV za obdobie do|Neodovzdaný MV za obdobie od|Neodovzdaný MV za obdobie do|

Popis dávky: poistného

Smer:

Typ dávky:

Početnosť:

Porušenie všeobecne záväzných predpisov platiteľom

ZP -> Ústredie úradu

539

Dávka je zasielaná za kalendárny polrok najneskôr k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného polroka a za príslušný kalendárny rok k poslednému dňu druhého (2.) kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného roka, dávka obsahuje n-počet záznamov o poistencoch. textový súbor

Formát prenosu dát:

Zloženie názvu súboru dávky: ZZPP_nnn_RRMMDD_TYP.EXT, kde ZZ je kód zdravotnej poisťovne, PP je kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne (v prípade ústredia zdravotnej poisťovne je PP=00), nnn je poradové číslo dávky daného typu v kalendárnom roku, RR je rok vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je typ dávky a EXT je v prípade textového súboru „txt“ a v prípade xml súboru „xml“. (Príklad: 2561_015_070731_539.txt).

Dávka je generovaná ako 1 súbor.

Národné prostredie: v prípade txt formátu ISO 8859.2 (ISO Latin 2),

Oddeľovací znak: | v prípade txt formátu. Oddeľovač je potrebné uviesť aj na konci každého riadku.

Identifikácia dávky - pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Typ dávky	P	3-3	INT	
2	Kód ZP	P	2-2	INT	00
3	Dátum vytvorenia dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
4	Počet riadkov v dávke	P	1-7	INT	9999990 (pr.: 23)
5	Obdobie dávky	P	6	DATE	RRRRKK
6	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	N / O
7	Poradové číslo opravovanej dávky	P6	3-3	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám

Kód ZP : podľa číselníka ZP

Dátum vytvorenia dávky : rok, mesiac, deň vytvorenia dávky

Počet riadkov v dávke
Obdobie dávky

: udáva sa bez prvého riadku dávky
: vo formáte RRRRKK, kde RRRR je rok a KK príslušný
polrok/rok (polrok 01/rok 02)

Poradové číslo opravovanej dávky: poradové číslo opravovanej dávky – P6 - táto položka je povinná, ak ide o opravnú dávku (položka 6 je O). Tu sa udáva poradové číslo pôvodnej dávky, ktorá sa opravuje.

2. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo riadku	P	1-6	INT	999990 (pr.:23)
2	Meno	P	1- 24	CHAR	
3	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
4	Názov	P	1-60	CHAR	
5	IČO	P1	8-8	CHAR	
6	Rodné číslo / BIC	P1	9-10	CHAR	pr.RČ:7804206345
7	Dátum narodenia	N	8-8	DATE	RRRRMMDD
8	Adresa pobytu / Sídlo : Obec	P	1-25	CHAR	
9	Ulica číslo	P7	1-35	CHAR	
10	PSC	P	5-5	CHAR	
11	Druh porušenia právneho predpisu	P	1-2	CHAR	Legenda č. II
12	Začiatok obdobia porušenia právneho predpisu	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
13	Koniec obdobia porušenia právneho predpisu	P2	8-8	DATE	RRRRMMDD
14	Počet zamestnancov, za ktorých platiteľ poistného nesplnil povinnosť vykazovať poistné príslušnej zdravotnej poisťovni alebo neoznámil zmenu platiteľa poistného	P3	1-5	INT	
15	Suma nezaplateného preddavku na poistnom na verejné zdravotné poistenie platiteľom poistného	P4	10,2	FLOAT	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.
16	Výška nedoplatku / preplatku	P5	10,2	FLOAT	(10,2) reprezentuje 10-miestne desatinné číslo, t.j. 10 značí počet platných číslic pred aj za desatinnou bodkou spolu a 2 označuje počet platných číslic za desatinnou bodkou. Ako oddeľovač v desatinných číslach sa používa bodka.
17	Kód pobočky/ústredia zdravotnej poisťovne	P	4-4	INT	
18	Identifikačné číslo organizačnej jednotky platiteľa	N	1-10	CHAR	
19	Odporúčanie na uloženie pokuty	P	0-1	CHAR	

20	Neodovzdaný mesačný výkaz za obdobie 1 od	P8	6-6	DATE	RRRRMM
21	Neodovzdaný mesačný výkaz za obdobie 2 do	P9	6-6	DATE	RRRRMM
22	Neodovzdaný mesačný výkaz za obdobie 3 od	P8	6-6	DATE	RRRRMM
23	Neodovzdaný mesačný výkaz za obdobie 4 do	P9	6-6	DATE	RRRRMM
24	Neodovzdaný mesačný výkaz za obdobie 5 od	P8	6-6	DATE	RRRRMM
25	Neodovzdaný mesačný výkaz za obdobie 6 do	P9	6-6	DATE	RRRRMM

Vysvetlivky:

Položka 2, 3 alebo 4 sa vyplňajú alternatívne, avšak môžu byť vyplnené súčasne

P1 - RČ alebo IČO musí byť vyplnené, môžu byť vyplnené aj obidva údaje

Položka 7 sa nevyplní, ak je platiteľ poisťovníka osoba

P2 - Položka je vyplnená, ak je obdobie porušenia ukončené

P3 - Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o porušenie povinnosti platiteľa poisťovníka uvedenej pod kódom 2 a 4

P4 - Položka 15 je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti platiteľa poisťovníka uvedenej po kódom 1

P5 – Položka je vyplnená len v prípade, ak ide o nesplnenie povinnosti uvedenej pod kódom 21, 22, 23 alebo 24; hodnota položky je v prípade nedoplatku kladná (+) a v prípade preplatku záporná (-)

P7 – Položka sa vyplní, ak poisťovňa disponuje požadovanými údajmi

P8 – Položka sa nevyplní, je vyplnená položka 12, príp. 13

P9 – Položka sa nevyplní, je vyplnená položka 12, príp. 13

Osobitné vysvetlivky niektorých položiek:

Položka 6 – udáva sa rodné číslo alebo bezvýznamové identifikačné číslo

Položka 12 a 13 - pre nesplnenie povinnosti pod kódom 2, oznamovať porušenie vykazovania poisťovníka za každý príslušný mesiac ako samostatný riadok dávky. V takomto prípade nebudú vyplnené položky 20 až 25

Položka 18 – zdravotná poisťovňa vyplní iba v prípade, ak platiteľ poisťovníka má organizačné jednotky s takýmto údajom (podľa výpisu z príslušného registra)

Položka 19 – odporúčanie na uloženie pokuty môže nadobúdať hodnoty:

P – zdravotná poisťovňa odporúča uložiť pokutu

V prípade neodporúčania zdravotná poisťovňa neuvedie žiadny údaj.

Položka 20 - 25 – Položky sa nevyplňajú nakoľko sa vyplňajú položky 12 a 13

Kód	Povinnosť :	Ustanovenie zákona 580/2004 Z. z.
1	Povinnosť poistenca oznámiť zmenu alebo vznik platiteľa poistného	§ 23 ods. 1 písm. b)
2	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zánik verejného zdravotného poistenia	§ 23 ods. 1 písm. c)
3	Povinnosť poistenca preukázateľne vrátiť preukaz poistenca, a ak mu zdravotná poisťovňa vydala európsky preukaz, aj európsky preukaz pri zmene zdravotnej poisťovne alebo zániku skutočností zakladajúcich účasť na verejnom zdravotnom poistení	§ 22 ods. 2 písm. b) prvá veta
4	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre vznik povinnosti štátu platiť za neho poistné	§ 23 ods. 1 písm. d)
5	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zánik povinnosti štátu platiť za neho poistného	§ 23 ods. 1 písm. d)
6	Povinnosť poistenca preukázateľne vrátiť preukaz poistenca, a ak mu zdravotná poisťovňa vydala európsky preukaz, aj európsky preukaz pri prevode poistného kmeňa, ak ide o poistenca ktorého potvrdená prihláška sa stala predmetom prevodu poistného kmeňa	§ 22 ods. 2 písm. b)
7		
8	Povinnosť poistenca podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie v zákonom stanovenej lehote	§ 6 ods. 1
9	Poistenec môže podať prihlášku len v jednej zdravotnej poisťovni	§ 6 ods. 5
10	Povinnosť poistenca uhradiť príslušnej zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ak sa mu poskytla preukázateľne v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia návykovej látky	§ 22 ods. 2 písm. a)
11	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu rodného čísla	§ 23 ods. 1 písm. a)
12	Povinnosť poistenca doplatiť poistné, ktoré bol povinný uhradiť odo dňa vzniku skutočností zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia	§ 22 ods. 2 písm. e)
13	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu mena	§ 23 ods. 1 písm. a)
14	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu priezviska	§ 23 ods. 1 písm. a)
15	Povinnosť poistenca oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu trvalého pobytu	§ 23 ods. 1 písm. a)
16	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zánik verejného zdravotného poistenia zdravotnej poisťovni, do ktorej si podal prihlášku	§ 23 ods. 4

17	Povinnosť poistenca dodržiavať pokyny zdravotnej poisťovne súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v rámci verejného zdravotného poistenia zverejnené na internetovej stránke alebo zverejnené iným vhodným spôsobom	§ 22 ods. 2 písm. g)
18	Povinnosť zákonného zástupcu alebo inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, oznámiť za poistenca skutočnosti podľa § 23 ods. 1 a 3	§ 23 ods. 5
19	Povinnosť poistenca vykonať ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok a podať ho v príslušnej zdravotnej poisťovni do konca marca nasledujúceho kalendárneho roka (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 22 ods. 2 písm. c) § 19 ods. 4
20	Povinnosť poistenca písomne oznámiť ostatným platiteľom poistného za poistenca výšku ich nedoplatku alebo preplatku do konca apríla kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie vykonáva; toto neplatí, ak výška nedoplatku alebo preplatku nedosiahne najmenej 3 eurá (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 22 ods. 2 písm. c) § 19 ods. 10
21	Povinnosť poistenca odvieť nedoplatok príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 22 ods. 2 písm. c) § 19 ods. 11
51	Povinnosť zákonného zástupcu osoby pozbavenej spôsobilosti na právne úkony alebo maloletého alebo povinnosť inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, oznámiť za poistenca zmenu platiteľa poistného	§ 23 ods. 5 § 23 ods. 1 písm. b)
52	Povinnosť zákonného zástupcu osoby pozbavenej spôsobilosti na právne úkony alebo maloletého alebo povinnosť inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, oznámiť za poistenca skutočnosti rozhodujúce pre zánik verejného zdravotného poistenia	§ 23 ods. 5 § 23 ods. 1 písm. c)
53	Povinnosť zákonného zástupcu osoby pozbavenej spôsobilosti na právne úkony alebo maloletého alebo povinnosť inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, za poistenca vrátiť preukaz poistenca, a ak mu zdravotná poisťovňa vydala európsky preukaz a j európsky preukaz, pri zmene zdravotnej poisťovne alebo zániku skutočností zakladajúcich účasť na verejnom zdravotnom poistení	§ 23 ods. 5 § 23 ods. 1 písm. c) § 22 ods. 2 písm. b)
54	Povinnosť zákonného zástupcu osoby pozbavenej spôsobilosti na právne úkony alebo maloletého alebo povinnosť inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, oznámiť za poistenca skutočnosti rozhodujúce pre vznik povinnosti štátu platiť za neho poistné	§ 23 ods. 5 § 23 ods. 1 písm. d)
55	Povinnosť zákonného zástupcu osoby pozbavenej spôsobilosti na právne úkony alebo maloletého alebo povinnosť inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktorej bol maloletý zverený do výchovy, oznámiť za poistenca skutočnosti rozhodujúce pre zánik povinnosti štátu platiť za neho poistného	§ 23 ods. 5 § 23 ods. 1 písm. d)
22	Povinnosť osoby dobrovoľne verejne zdravotne poistenej vrátiť preukaz poistenca a európsky preukaz, ak ho mala vydaný, zdravotnej poisťovni, ktorá bola jeho príslušnou zdravotnou poisťovňou	§ 35
23	Povinnosť poistenca oznámiť skutočnosti rozhodujúce pre zmenu sadzby poistného (§ 12 zákona č. 580/2004 Z. z.)	§ 23 ods. 1 písm. e)

24	Povinnosť poistenca oznámiť vznik skutočností uvedených v § 11 ods. 7 písm. g), j), k) a l) zákona č. 580/2004 Z. z. do ôsmich dní od vzniku skutočnosti (<i>vznik týchto skutočností preukazuje poistenec čestným vyhlásením</i>)	§ 23 ods. 3
28	povinnosť poistenca preukázať príslušnej zdravotnej poisťovni obdobie poistenia v cudzine najneskôr do 31.marca nasledujúceho kalendárneho roka potvrdením o zdravotnom poistení v cudzine	§ 23 ods. 12

Príloha č. 6 k MU 4/5/2008

Legenda II.: položka č. 11 – jednotlivé prípady porušenia právnych predpisov platiteľom poistného

Kód	Povinnosť	Ustanovenie zákona 580/2004 Z. z.
1	Povinnosť platiteľa poistného vypočítať preddavok na poistné, riadne a včas platiť a odvádzať preddavky na poistné	§ 24 písm. a)
2	Povinnosť platiteľa poistného vykazovať poistné príslušnej ZP	§ 24 písm. a)
3	Povinnosť platiteľa poistného písomne oznámiť príslušnej ZP spôsobom určeným úradom v zákonom stanovenej lehote zmenu platiteľa poistného, ak sa zmena týka priamo platiteľa poistného - FO	§ 24 písm. c)
4	Povinnosť platiteľa poistného písomne oznámiť príslušnej ZP spôsobom určeným úradom v zákonom stanovenej lehote zmenu platiteľa poistného, ak sa zmena týka zamestnancov platiteľa poistného, a počet zamestnancov	§ 24 písm. c)
5	Povinnosť platiteľa poistného viesť účtovné doklady a iné doklady potrebné na správne určenie vymeriavacieho základu, sadzby poistného, výšky poistného a jeho platenia	§ 24 písm. d)
6	Povinnosť platiteľa poistného uchovávať po dobu 10 rokov účtovné doklady a iné doklady potrebné na správne určenie vymeriavacieho základu, sadzby poistného, výšky poistného a jeho platenia	§ 24 písm. d)
7	Povinnosť platiteľa poistného viesť evidenciu o zamestnancoch	§ 24 písm. e)
8	Povinnosť platiteľa poistného uchovávať po dobu 10 rokov evidenciu o zamestnancoch	§ 24 písm. e)
9	Povinnosť platiteľa poistného poskytovať súčinnosť pri výkone kontroly a predkladať príslušnej ZP účtovné doklady a iné doklady a umožniť výkon kontroly zamestnancom ZP povereným vykonávaním kontroly	§ 24 písm. h)
10	Povinnosť platiteľa poistného oznámiť vznik platiteľa podľa § 11 ods. 5 zákona č. 580/2004 Z. z. od vzniku skutočnosti, na tlačive určenom úradom; oznámenie obsahuje názov, sídlo, bydlisko, identifikačné číslo, číslo bankového účtu, deň určený na výplatu príjmov zo závislej činnosti a meno, priezvisko a rodné číslo, ak je zamestnávateľom fyzická osoba	§ 24 písm. k)
11	Povinnosť platiteľa vykazovať poistné príslušnej ZP v zmysle § 20 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. v elektronickej forme.	§ 24 písm. a)
12	Povinnosť platiteľa poistného preukazovať príslušnej ZP skutočnosti potrebné na zistenie dodržania lehoty splatnosti preddavkov na poistné	§ 24 písm. f)
13	Povinnosť platiteľa poistného predkladať príslušnej ZP na požiadanie doklady potrebné na výpočet ročného zúčtovania poistného	§ 24 písm. g)

14	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu svojho názvu	§ 24 písm. j) § 23 ods. 8
15	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu svojho sídla alebo bydliska	§ 24 písm. j) § 23 ods. 8
16	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu svojho identifikačného čísla	§ 24 písm. j) § 23 ods. 8
17	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu čísla svojho bankového účtu	§ 24 písm. j) § 23 ods. 8
18	Povinnosť platiteľa poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO oznámiť príslušnej ZP zmenu dňa, ktorý je určený na výplatu príjmov	§ 24 písm. j) § 23 ods. 8
19	Povinnosť platiteľa poistného (SZČO a platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 zákona) vykonať ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok a podať ho v príslušnej zdravotnej poisťovni do konca marca nasledujúceho kalendárneho roka (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 1
20	Povinnosť zamestnávateľa vykonať a podať ročné zúčtovanie za zamestnanca (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 2
21	Povinnosť platiteľa poistného - zamestnávateľ, ktorý vykonáva ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca podľa § 19 odseku 2, písomne oznámiť ostatným platiteľom poistného za poistenca výšku ich nedoplatku alebo preplatku do konca apríla kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie vykonáva; toto neplatí, ak výška nedoplatku alebo preplatku nedosiahne najmenej 3 eurá (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 10
22	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ, SZČO a platiteľ poistného podľa § 11 ods. 2 zákona) odviešť nedoplatok príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo; toto neplatí, ak výška nedoplatku nedosiahne najmenej 3 eurá (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 11
23	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ) odviešť nedoplatok zamestnanca, za ktorého vykonal ročné zúčtovanie poistného príslušnej zdravotnej poisťovni najneskôr do 30. júna kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie poistného vykonalo; toto neplatí, ak výška nedoplatku nedosiahne najmenej 3 eurá (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 11
24	Povinnosť platiteľa poistného (zamestnávateľ) oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni preplatky a nedoplatky za jednotlivých zamestnancov do konca mája kalendárneho roka, v ktorom sa ročné zúčtovanie vykonalo (posledným je ročné zúčtovanie za rok 2010)	§ 24 písm. b) § 19 ods. 15
25	Povinnosť platiteľa, zamestnávateľa, ktorý má najmenej troch zamestnancov oznámiť výlučne elektronicky príslušnej ZP v zákonom stanovenej lehote zmenu platiteľa poistného, ak sa zmena týka zamestnancov platiteľa poistného, a počet zamestnancov	§ 24 písm. c)
26	Povinnosť platiteľa poistného odvádzať preddavky na poistné za poistencov, ktorých potvrdené prihlášky sa stali predmetom prevodu poistného kmeňa podľa § 61 f ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z.	§ 24 písm. a)

Podmienky na výmenu údajov:

- a) systém musí zabezpečovať požadovanú úroveň dôvernosti prenášaných údajov,
- b) systém musí zabezpečovať integritu prenášaných údajov,
- c) systém musí v požadovanej miere zabezpečovať autenticitu pôvodu a nepopierateľnosť autorstva prenášaných údajov,
- d) systém na prenos údajov musí garantovať požadovanú úroveň dostupnosti,
- e) systém musí maximálne automatizovať proces výmeny dát bez potreby vynútených zásahov,
- f) systém nesmie byť obmedzený počtom ani veľkosťou distribuovaných dávok,
- g) uvedeným podmienkam vyhovuje napr. súbor šifrovaný v programe PGP zasielaný e-mailom.