

- úrad pre
- dohľad nad
- zdravotnou
- starostlivosťou

vestník

číslo 11/2011

obsah:

- str. 2 **Platobná schopnosť zdravotných poisťovní – za júl 2011**
- str. 3 - 17 Metodické usmernenie č. 3/3/2009
**Spôsob oznámenia platiteľa poisťného o vzniku, zmene a zániku
platiteľa poisťného na verejné zdravotné poistenie voči zdravotnej
poisťovni**

september 2011

PLATOBNÁ SCHOPNOSŤ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

Podľa § 14 ods. 2 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov, sa platobná schopnosť preukazuje :

a) podielom vlastných zdrojov na poistnom po prerozdelení za predchádzajúcich 12 kalendárnych mesiacov, ktorý musí dosahovať hodnotu najmenej 3%,

b) podielom krátkodobých aktív k neuhradeným záväzkom voči poskytovateľom, ktorý musí dosahovať hodnotu najmenej 1,2 a

c) schopnosťou uhrádzať svoje záväzky voči poskytovateľom v lehote, ktorá nepresiahne 30 kalendárnych dní odo dňa zmluvne dohodnutej lehoty splatnosti záväzkov voči poskytovateľom.

Platobná schopnosť je zabezpečená (§14 ods. 6 v nadväznosti na ods. 2 písm.c), ak zdravotná poisťovňa neeviduje ku dňu, ku ktorému sa platobná schopnosť vykazuje, záväzky voči poskytovateľom, ktoré sú viac ako 30 dní po lehote splatnosti, v objeme prevyšujúcom 0,5 % objemu všetkých záväzkov počas troch po sebe nasledujúcich mesiacov. To neplatí, ak ide o záväzky voči poskytovateľom, ktoré nie sú uhradené z právne uznateľných dôvodov.

Platobná schopnosť (PS) zdravotných poisťovní za mesiac júl 2011

VŠZP	parameter	vykázaná hodnota	PS: zabezpečená/nezabezpečená
§ 14ods.2 a)	vlastné zdroje ÷ poistné po prerozdelení		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 b)	krátkodobé aktíva ÷ krátkodobé záväzky		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 c)	záväzky voči PZS nad 30 dní	0	PS spĺňa
- § 14 ods. 6	záväzky po lehote nad 30 dní ÷záväzky voči PZS celkom	0	zabezpečená

Dôvera	parameter	vykázaná hodnota	PS: zabezpečená/nezabezpečená
§ 14ods.2 a)	vlastné zdroje ÷ poistné po prerozdelení		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 b)	krátkodobé aktíva ÷ krátkodobé záväzky		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 c)	záväzky voči PZS nad 30 dní	0	PS spĺňa
- § 14 ods. 6	záväzky po lehote nad 30 dní ÷záväzky voči PZS celkom	0	zabezpečená

Union	parameter	vykázaná hodnota	PS: zabezpečená/nezabezpečená
§ 14ods.2 a)	vlastné zdroje ÷ poistné po prerozdelení		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 b)	krátkodobé aktíva ÷ krátkodobé záväzky		do 30.júna 2012 sa neuplatňuje
§ 14 ods.2 c)	záväzky voči PZS nad 30 dní	0	PS spĺňa
- § 14 ods. 6	záväzky po lehote nad 30 dní ÷záväzky voči PZS celkom	0	zabezpečená

Metodické usmernenie č. 3/3/2009

Spôsob oznámenia platiteľa poistného o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie voči zdravotnej poisťovni

august 2011

Článok 1 Úvodné ustanovenie

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podľa 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“) vydáva toto metodické usmernenie o spôsobe oznámenia platiteľa poistného o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie voči zdravotnej poisťovni (ďalej len „metodické usmernenie“).

Článok 2 Oznámenie zmeny platiteľa poistného

- 1) Podľa § 24 písm. c) zákona o zdravotnom poistení platiteľ poistného na verejné zdravotné poistenie (ďalej len „platiteľ poistného“), ktorý je zamestnávateľom (§ 11 ods. 5), samostatne zárobkovo činnou osobou podľa § 11 ods. 1 písm. b (ďalej len „SZČO“) alebo platiteľom poistného podľa § 11 ods. 2 zákona o zdravotnom poistení (ďalej len „samoplatiteľ“) je povinný písomne oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni spôsobom určeným úradom najneskôr do ôsmich pracovných dní zmenu platiteľa poistného.
- 2) Zmenu platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 7 zákona o zdravotnom poistení (skutočnosť, kedy platiteľom poistného za zamestnanca začína, resp. prestáva byť štát) oznámi platiteľ poistného do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného.
- 3) **Poistenec štátu (§ 11 ods. 7), ktorý spĺňa podmienky uvedené v § 11 ods. 8 zákona o zdravotnom poistení (poistenec štátu mal v rozhodujúcom období príjem zo zárobkovej činnosti podľa § 10b zákona o zdravotnom poistení), si splní oznamovaciu povinnosť o zmene platiteľa poistného najneskôr do 31. 05. kalendárneho roka nasledujúceho po roku, za ktorý sa ročné zúčtovanie vykonáva.**
- 4) **Zmenu platiteľa poistného z dôvodu uvedeného v § 11 ods. 3 druhej vety zákona o zdravotnom poistení (skutočnosť, že poistenec v pracovnom pomere sa nepovažuje za zamestnanca v dňoch, v ktorých nepoberá príjem zo zárobkovej činnosti podľa § 10b ods. 1 písm. a) alebo nie je fyzickou osobou podľa § 11 ods. 7 písm. m) a s) oznámi platiteľ poistného do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného. Pre takéhoto poistenca v pracovnom pomere vyplýva povinnosť podľa § 22 ods. 2 písm. f) plniť oznamovaciu povinnosť podľa § 23 ods. 1 písm. b) o vzniku a zániku platiteľa poistného (§ 11 ods. 2) alebo plniť oznamovaciu povinnosť podľa § 23 ods. 1 písm. d) oznámiť skutočnosť rozhodujúce pre vznik alebo zánik povinnosti štátu platiť za neho poistné (§ 11 ods. 7). Povinnosť oznámenia zmeny platiteľa podľa § 23 ods. 1 písm. b) a d) sa nevzťahuje na tých poistencov, ktorí sú zamestnaní u iného zamestnávateľa.**
- 5) **Osoby poberajúce príjmy v nepravidelných intervaloch, resp. po skončení pracovného pomeru, prihlasuje a odhlasuje zamestnávateľ iba na jeden deň a to v posledný deň kalendárneho mesiaca, ktorý predchádza mesiacu, v ktorom dochádza k vyplateniu príjmu, pričom prihlásenie a odhlásenie sa vykoná v jeden deň.**

- 6) **Na oznámenie zmien zamestnávateľa z titulu čerpania neplateného voľna zamestnanca, absencie a nepravidelných príjmov alebo z titulu príjmov vyplatených zamestnancovi po skončení pracovného pomeru sa zavedie osobitný kód „2Y“, v ktorom „2“ vypovedá o zamestnancovi a „Y“ o skutočnosti uvedenej v § 11 ods. 3 druhej vety zákona o zdravotnom poistení.**
- 7) Platiteľ poistného, ktorý je zamestnávateľom alebo SZČO, je podľa § 23 ods. 8 zákona o zdravotnom poistení povinný oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni zmenu svojho názvu, sídla, bydliska, identifikačného čísla, čísla bankového účtu do ôsmich dní odo dňa zmeny. Zamestnávateľ je povinný oznámiť príslušnej zdravotnej poisťovni aj zmenu dňa určeného na výplatu príjmov.
- 8) Podľa § 23 ods. 10 zákona o zdravotnom poistení SZČO podáva oznámenie zmeny mena, priezviska, rodného čísla a zmenu trvalého pobytu podľa § 23 ods. 1 písm. a) a oznámenie zmeny svojho názvu (obchodného mena) podľa § 23 ods. ods. 8 na jednotnom kontaktnom mieste, ak oznámenie je v súvislosti s oznamovaním zmien podľa zákona o živnostenskom podnikaní a ak oznámenie vykoná v lehote podľa § 23 ods. 1 do ôsmich dní. Oznámenie zmeny platiteľa poistného podľa § 23 ods. 1 písm. b) na SZČO splní poistenec na jednotnom kontaktnom mieste pri získavaní oprávnenia na podnikanie.
- 9) Platiteľ poistného - zamestnávateľ predkladá písomne zdravotnej poisťovni oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného na tlačive určenom úradom podľa prílohy č. 1 Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného. Príloha č. 2 Oznámenie poistenca/platiteľa poistného a príloha č. 3 Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie, ktoré boli zdravotnou poisťovňou vyhotovené na základe metodického usmernenia účinného do 30.09.2011, zostávajú naďalej v platnosti.
- 10) Tlačivo **Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného** (príloha č. 1) slúži na účely prihlásenia zamestnávateľa do registra platiteľov, odhlásenia zamestnávateľa z registra platiteľov (§ 24 písm. k) a oznámenia zmien v jeho údajoch (§ 23 ods. 8). Tlačivo **Oznámenie poistenca/platiteľa poistného** (príloha č. 2) slúži na účely oznámenia zmien u SZČO a samoplatiteľov (§ 23 ods. 1, 8 a 11). Tlačivo **Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie** (príloha č. 3) slúži na účely zamestnávateľom oznámených zmien týkajúcich sa jeho zamestnancov (začiatok a koniec pracovného pomeru zamestnanca podľa § 24 písm. c) a na oznámenie údajov o vzniku a zániku skutočností podľa § 11 ods. 3 a § 11 ods. 7.
- 11) **Ak má zamestnávateľ najmenej troch zamestnancov, je povinný zmenu platiteľa poistného oznamovať príslušnej zdravotnej poisťovni výlučne elektronicky (§ 24 písm. c).** Zdravotná poisťovňa zabezpečí prijímanie oznámení v elektronickej forme a v štruktúre podľa prílohy č. 4 tohto metodického usmernenia. Ak zdravotná poisťovňa nestanoví aj iné spôsoby prijímania oznámení v elektronickej forme, platiteľ poistného môže predložiť oznámenie v elektronickej forme len v podobe dátového rozhrania, ktorého štruktúra je definovaná v prílohe č. 4 tohto metodického usmernenia.
- 12) Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného pri začiatku platnosti kategórie zamestnanca nenahrádza prihlášku na verejné zdravotné poistenie poistenca pri zmene zdravotnej poisťovne.

Článok 3 Účinnosť

Metodické usmernenie č. 3/2009 v znení novely č. 3 nadobúda účinnosť od 01.10.2011.

V Bratislave 11.08.2011

MUDr. Ján Gajdoš, v.r.
predseda

Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného

<input type="checkbox"/> Oznámenie o vzniku		<input type="checkbox"/> Oznámenie o zániku		<input type="checkbox"/> Oznámenie o zmene platiteľa poistného	
<input type="checkbox"/> Dôvod oznámenia zmeny			Kód poisťovne, kód pobočky <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
* uvedie sa číslo dôvodu od 1 - 10			Číslo platiteľa <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Údaje o platiteľovi

Meno, priezvisko/obchodné meno		Rodné číslo	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		IČO	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Sídlo/bydlisko platiteľa (ulica, číslo)			
PSČ	<input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Obec	
Deň určený na výplatu príjmov (deň úhrady poistného) <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Deň vzniku oznamovacej povinnosti <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			

Korešpondenčná adresa platiteľa

Ulica	Číslo	Obec	PSČ <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Bankové spojenie (číslo účtu/kód banky) <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
Spôsob úhrady preddavku <input type="checkbox"/> prevodom z účtu <input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> poštovou poukážkou			
V zmysle § 10 ods. 6 zákona č. 428/2002 Z. z. udeľujem súhlas s vytvorením fotokópie nižšie uvedených dokladov na účely verejného zdravotného poistenia. Súhlas je možné odvolať iba na základe písomnej žiadosti platiteľa poistného.			
<input type="checkbox"/> súhlasím			

Potvrdenie platiteľa poistného

Štatutárny zástupca, resp. splnomocnená osoba		Pečiatka a podpis osoby oprávnenej konať v mene platiteľa poistného
Telefón		
Fax	E-mail	
Dátum <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Potvrdenie poisťovne

Číslo účtu poisťovne pre platbu poistného <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby
Konštantný symbol <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Špecifický symbol (RRRR MM) <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Variabilný symbol <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Dátum prijatia oznámenia <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

* Dôvod oznámenia zmeny:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Zmena mena, priezviska/obchodného mena 2. Zmena IČO 3. Zmena sídla platiteľa 4. Zmena dňa určeného na výplatu príjmu 5. Zmena kontaktnej osoby | <ol style="list-style-type: none"> 6. Zmena bankového spojenia 7. Zmena spôsobu úhrady preddavkov 8. Zmena korešpondenčnej adresy platiteľa 9. Zmena štatutárneho zástupcu 10. Zmena kontaktov (tel., fax, e-mail, mobil) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Kód poisťovne – prvé 2 miesta označenie poisťovne, druhé 2 miesta označenie pobočky, ak zdravotná poisťovňa pobočku nemá zriadenú uvedie „00”

Číslo poistenca/platiteľa – vyplní platiteľ poistného – SZČO, osoba, ktorá je verejne zdravotne poistená a nie je zamestnancom, SZČO alebo osobou, za ktorú platí poistné štát (10 miest), poistenec (rodné číslo alebo identifikačné číslo)

Údaje o oznamovateľovi – údaje v plnom rozsahu vyplní oznamovateľ

Typ oznamovateľa – uvedie sa jedno písmeno z nasledujúcich
S – SZČO O – samoplatiteľ P - poistenec

Platnosť zmeny – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:

Z – začiatok platnosti platiteľa poistného

K – koniec platnosti platiteľa poistného

X – storno (vyčiarknutie celého riadku)

Dátum zmeny – deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. začiatok, resp. skončenie povinnosti štátu platiť poistné, atď.)

Kód – uvedie sa jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov:

Zoznam kódov:

1 Poistenec štátu

- A. nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 26 roku veku, ktorá študuje na prvej vysokej škole najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, štúdium ktorého, podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku, okrem externej formy štúdia, poistencom štátu je aj v období prázdnin až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak zápis na vysokoškolské štúdium tretieho stupňa bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v dennej forme štúdia,
- B. fyzická osoba, ktorá poberá dôchodok okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu, alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte,
- C. fyzická osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,
- D. fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok,
- E. fyzická osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,
- F. (nepoužíva sa)
- G. obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody, obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody v inom členskom štáte, ak tam nie je zdravotne poistený
- H. fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,
- I. zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná,
- J. fyzická osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,
- K. fyzická osoba, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,
- L. fyzickú osobu, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení; starostlivosť o takéto osoby sa preukazuje čestným vyhlásením,

- M. manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,
- N. fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu,
- O. fyzická osoba,
 1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu,
 2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť alebo
 3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni,
- P. fyzická osoba, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi a fyzickú osobu, ktorá sa spoločne posudzuje na účely posudzovania hmotnej núdze,
- Q. fyzická osoba, ktorá je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie,
- R. cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,
- S. azylant,
- T. fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo,
- U. fyzická osoba, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu.
- V. študent doktorandského študijného programu v dennej forme štúdia, ak celková dĺžka jeho doktorandského štúdia neprekročila štandardnú dĺžku štúdia pre doktorandský študijný program v dennej forme a nezískal už vysokoškolské vzdelanie tretieho stupňa alebo nedovŕšil vek 30 rokov.

(2 Zamestnanec - kód sa nepoužíva, zamestnanec nie je oznamovateľom)

3 SZČO

4 Platiteľ definovaný v § 11 ods. 2 zákona o zdravotnom poistení

Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Miesto pre názov a logo zdravotnej poisťovne

Miesto pre interné údaje
zdravotnej poisťovne

Strana číslo / Celkový počet strán	Za kalendárny mesiac	Rok	Kód poisťovne																	
			Číslo platiteľa																	

Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Druh oznámenia: nové opravné

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		Predčísle	Číslo účtu		Kód banky		

POISTENCI

P.č.	Rodné č./ identifikačné č. poistenca	Priezvisko, meno, titul	Kód	Platnosť zmeny	Dátum zmeny
1.					
2.					
3.					
4.					

Vyplnil	Odtlačok pečiatky a podpis oprávnenej osoby	Pečiatka poisťovne
Kontakt		
Dátum	Dátum	Dátum prijatia

Kód poisťovne – prvé 2 miesta označenie poisťovne, druhé 2 miesta označenie pobočky, ak pobočka nemá zriadenú, uvedie „00”

Číslo platiteľa – vyplní platiteľ poistného – zamestnávateľ (10 miest)

Údaje o platiteľovi - vyplní zamestnávateľ

Platnosť zmeny – uvedie sa jedno písmeno z nižšie uvedených:

Z – začiatok platnosti kategórie platiteľa poistného

K – koniec platnosti kategórie platiteľa poistného

X – storno (vyčiarknutie celého riadku)

Dátum zmeny – deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. začiatok, resp. skončenie pracovného pomeru, alebo povinnosti štátu platiť poistné atď.)

Kód – uvedie sa jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov:

Zoznam kódov:

1. Poistenec štátu

- A. nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa na účely tohto zákona považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 26 roku veku, ktorá študuje na prvej vysokej škole najdlhšie do získania vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, štúdium ktorého, podľa študijného programu nepresiahlo štandardnú dĺžku, okrem externej formy štúdia, poistencom štátu je aj v období prázdnin až do vykonania štátnych

- záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak zápis na vysokoškolské štúdium tretieho stupňa bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v dennej forme štúdia,
- B. fyzická osoba, ktorá poberá dôchodok okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku a sirotského dôchodku podľa osobitného predpisu alebo dôchodok z výsluhového zabezpečenia policajtov a vojakov podľa osobitného predpisu, alebo dôchodok z cudziny, alebo dôchodok z iného členského štátu a nie je zdravotne poistená v tomto členskom štáte,
 - C. fyzická osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,
 - D. fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a ktorej nevznikol nárok na dôchodok,
 - E. fyzická osoba, ktorá je invalidná a nevznikol jej nárok na invalidný dôchodok,
 - F. (nepoužíva sa)
 - G. obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody, obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody v inom členskom štáte, ak tam nie je zdravotne poistený
 - H. fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne,
 - I. zahraničný študent na zabezpečenie záväzkov z medzinárodných zmlúv, ktorými je Slovenská republika viazaná,
 - J. fyzická osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,
 - K. fyzická osoba, ktorá sa osobne celodenne a riadne stará o dieťa vo veku do šiestich rokov,
 - L. fyzickú osobu, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím odkázaného podľa posudku vydaného podľa osobitného predpisu alebo opatruje blízku osobu, ktorá je staršia ako 80 rokov a nie je umiestnená v zariadení sociálnych služieb alebo v zdravotníckom zariadení; starostlivosť o takéto osoby sa preukazuje čestným vyhlásením,
 - M. manželka alebo manžel zamestnanca, ktorý vykonáva štátnu službu v cudzine, alebo zamestnanca, ktorý podľa pracovnej zmluvy vykonáva práce vo verejnom záujme v zahraničí,
 - N. fyzická osoba, ktorá vykonáva osobnú asistenciu občanovi s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného predpisu,
 - O. fyzická osoba,
 - 1. ktorá poberá náhradu príjmu, nemocenské, ošetrovné alebo materské podľa osobitného predpisu,
 - 2. ktorej zanikol nárok na nemocenské po uplynutí podporného obdobia podľa osobitného predpisu a ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť alebo
 - 3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí desiateho dňa potreby ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorej trvá potreba ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu aj po tomto dni,
 - P. fyzická osoba, ktorá poberá dávku v hmotnej núdzi alebo príspevok k dávke v hmotnej núdzi a fyzickú osobu, ktorá sa spoločne posudzuje na účely posudzovania hmotnej núdze,
 - Q. fyzická osoba, ktorá je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie,
 - R. cudzinec zaistený na území Slovenskej republiky,
 - S. azylant,
 - T. fyzická osoba, ktorá vykonáva pracovnú činnosť pre cirkevné, rehoľné a charitatívne spoločenstvo,
 - U. fyzická osoba, ktorá je nemocensky zabezpečená a poberá náhradu služobného platu policajta počas dočasnej neschopnosti na výkon štátnej služby a náhradu služobného príjmu profesionálneho vojaka, ktorý nemôže vykonávať vojenskú službu pre chorobu alebo úraz, nemocenské alebo materské podľa osobitného predpisu
 - V. študent doktorandského študijného programu v dennej forme štúdia, ak celková dĺžka jeho doktorandského štúdia neprekročila štandardnú dĺžku štúdia pre doktorandský študijný program v dennej forme a nezískal už vysokoškolské vzdelanie tretieho stupňa alebo nedovršil vek 30 rokov

2. Zamestnanec

Zamestnávateľ plní oznamovaciu povinnosť za poistencov uvedených v zozname pod číslom **1 (poistenec štátu)** v spojení s písmenami **B, D, E, G, K, M, O, U** a za poistencov pod číslom **2 (zamestnanec)**.

Zamestnávateľ neplní oznamovaciu povinnosť za poistencov uvedených v zozname pod číslom **1 (poistenec štátu)** v spojení s písmenami **A, C, H, I, J, L, N, P, Q, R, S, T, V**.

2Y – osobitný kód

Zamestnávateľ plní oznamovaciu povinnosť s uvedením kódu 2Y z titulu čerpania neplateného voľna zamestnanca, absencie a nepravidelných príjmov zamestnanca alebo z titulu vyplatených príjmov zamestnancovi po skončení pracovného pomeru.

ŠTRUKTÚRA OZNÁMENIA

V ELEKTRONICKEJ FORME

Dátové rozhranie

2. Oznámenie poistenca / platiteľa poistného

V tejto dávke budú platitelia poistného priebežne podľa oznamovacej povinnosti doručovať zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poistného.

Štruktúra vety 2. riadku: Číslo platiteľa poistného|Kód ZP|Kód pobočky ZP|Kalendárny mesiac|Kalendárny rok|Názov/Meno a priezvisko|Typ oznamovateľa|IČO|Rodné číslo|Číslo povolenia na pobyt|Obec|Ulica číslo|PSC|Telefón|Fax|E-mail|Osoba zodpovedná za spracovanie|Dátum narodenia|Názov banky|Predčíslenie účtu|Číslo účtu|Kód banky|

Štruktúra vety 3. až n-tého riadku: Poradové číslo|Kód zmeny|Platnosť zmeny|Dátum zmeny|

Popis dávky: Oznámenie poistenca /platiteľa poistného pri zmene platiteľa poistného na verejné zdravotné poistenie

Smer: poisťovni /platitelia poistného -> ZP

Typ dávky: 602

Početnosť: priebežne

Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky

Zloženie názvu súboru dávky: IDRRMMDD.TYP, kde ID je 8-miestne identifikačné číslo organizácie alebo 9-10-miestne rodné číslo alebo 10 miestne číslo povolenia na pobyt oznamovateľa, RR je koncové dvojčíslenie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je 3-miestny kód typu dávky.

Alternatíva 2 pre systémy, ktoré nepodporujú dlhé názvy súborov:

ZPRRMMDD.602, kde ZP je kód zdravotnej poisťovne, RR je koncové dvojčíslenie roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)

Oddelovací znak: |

Identifikácia dávky: podľa prípony názvu súboru .TYP a pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	
2	Typ dávky	P	3-3	INT	
3	IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt	P	8-10	CHAR	
4	IČO prijímateľa dávky	P	8-8	CHAR	
5	Kód ZP a kód pobočky ZP	P	4-4	CHAR	
6	Dátum odoslania dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Poradové číslo dávky	P	1-6	INT	
8	Počet viet tela dávky	P	1-6	INT	
9	Počet médií	N	1-3	INT	
10	Poradové číslo média	N	1-3	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Charakter dávky: N – nová, O – opravná

Typ dávky: 602

IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt:	identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt oznamovateľa – odosielať dávkou
IČO prijímateľa dávky:	IČO prijímateľa dávky
Kód ZP a kód pobočky ZP:	kód zdravotnej poisťovne a kód pobočky zdravotnej poisťovne – ak nemá zriadené pobočky, uvedie „00”
Dátum odoslania dávky:	dátum odoslania dávky na ZP
Poradové číslo dávky:	poradové číslo dávky platiteľa v kalendárnom roku
Počet viet tela dávky:	udáva sa bez prvého a druhého riadku dávky – zodpovedá počtu oznamovaných poistencov
Počet médií:	počet médií, na ktorých je dávka doručená
Poradové číslo média:	poradové číslo média (1,2,3,...)

2. riadok – údaje o poistencovi /platiteľovi:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	
3	Kód pobočky ZP	P	2-2	CHAR	
4	Kalendárny mesiac	P	2-2	CHAR	MM
5	Kalendárny rok	P	2-2	CHAR	RR
6	Názov / Meno a priezvisko	P	1-60	CHAR	
7	Typ oznamovateľa	P	1-1	CHAR	
8	IČO	P*	8-8	CHAR	
9	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
10	Číslo povolenia na pobyt	P*	1-10	CHAR	
11	Adresa – obec	P	1-25	CHAR	
12	Adresa sídla – ulica číslo	P	1-35	CHAR	
13	Adresa sídla – PSČ	P	5-5	CHAR	
14	Telefón	P	8-15	CHAR	
15	Fax	N	8-15	CHAR	
16	E-mail	N	1-64	CHAR	
17	Osoba zodpovedná za spracovanie	P	1-50	CHAR	
18	Dátum narodenia	P*	8-8	DATE	RRRRMMDD
19	Názov banky	P	1-60	CHAR	
20	Predčíslenie účtu	N	1-6	CHAR	
21	Číslo účtu	P	1-10	CHAR	
22	Kód banky	P	4-4	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Číslo platiteľa poistného:	číslo platiteľa poistného, ktoré prideluje ZP
Kód ZP:	kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP:	kód pobočky ZP – ak nemá zriadené, uvedie sa „00”
Kalendárny mesiac:	číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Kalendárny rok:	koncové dvojčíslenie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poistného
Názov/Meno a priezvisko:	identifikácia oznamovateľa
Typ oznamovateľa:	hodnoty S, O podľa metodického usmernenia
IČO:	IČO oznamovateľa
Rodné číslo:	rodné číslo oznamovateľa

Číslo povolenia na pobyt:	číslo povolenia na pobyt oznamovateľa
Adresa sídla – obec:	názov obce sídla oznamovateľa
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla oznamovateľa
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla oznamovateľa
Telefón:	telefón oznamovateľa
Fax:	fax oznamovateľa
E-mail:	e-mail oznamovateľa
Osoba zodpovedná za spracovanie:	osoba zodpovedná za spracovanie u oznamovateľa
Dátum narodenia:	dátum narodenia oznamovateľa
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslenie účtu:	predčíslenie účtu platiteľa poisťného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poisťného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa

* treba vyplniť jednu z položiek IČO, Rodné číslo, Číslo povolenia na pobyt, Dátum narodenia

3. až n-tý riadok – telo dávky:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Poradové číslo	P	1-5	CHAR	
2	Kód zmeny	P	1-2	CHAR	
3	Platnosť zmeny	P	1-1	CHAR	
4	Dátum zmeny	P	8-8	DATE	RRRRMMDD

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Poradové číslo:	poradové číslo zmeny
Kód zmeny:	jednomiestny alebo dvojmiestny kód podľa metodického usmernenia (napr. 1A, 1B, ..., 1U, 2, 3)
Platnosť zmeny:	hodnoty Z, K, X podľa metodického usmernenia
Dátum zmeny:	dátum, kedy došlo u poistenca k zmene

Forma prenosu: e-mail

3. Oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poisťného na verejné zdravotné poistenie

V tejto dávke budú platitelia poisťného priebežne podľa oznamovacej povinnosti doručovať zdravotnej poisťovni zmenu platiteľa poisťného.

Štruktúra vety 2. riadku: Číslo platiteľa poisťného|Kód ZP|Kód pobočky ZP|Kalendárny mesiac|Kalendárny rok|Meno a priezvisko/obchodné meno|IČO|Rodné číslo|Číslo povolenia na pobyt|DIČ / IČ DPH|Právna forma|Obec|Súpisné číslo|Ulica číslo|PSČ|Štát|Telefón|Fax|E-mail|Názov banky|Predčíslenie účtu|Číslo účtu|Kód banky|Osoba zodpovedná za spracovanie|

Štruktúra vety 3. až n-tého riadku: Poradové číslo poistenca|Rodné číslo|Titul|Meno|Priezvisko|Kód zmeny|Platnosť zmeny|Dátum zmeny|Bevýznamové identifikačné číslo|

Popis dávky: Oznámenie platiteľa poisťného o poistencoch pri zmene platiteľa poisťného na verejné zdravotné poistenie

Smer: platitelia poisťného -> ZP

Typ dávky: 601

Počnosť: priebežne za každého **zamestnanca**

Formát prenosu dát: textový súbor, prípona .typ dávky

Zloženie názvu súboru dávky: IDRRMMDD.TYP, kde ID je 8-miestne identifikačné číslo organizácie alebo 9-10-miestne rodné číslo alebo 10 miestne číslo povolenia na pobyt platiteľa, RR

je koncové dvojčísle roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky, TYP je 3-miestny kód typu dávky.

Alternatíva 2 pre systémy, ktoré nepodporujú dlhé názvy súborov:

ZPRRMMDD.601, kde ZP je kód zdravotnej poisťovne, RR je koncové dvojčísle roku vytvorenia dávky, MM je mesiac vytvorenia dávky, DD je deň vytvorenia dávky.

Národné prostredie: ISO 8859.2 (ISO Latin 2)
Oddel'ovací znak: |
Identifikácia dávky: podľa prípony názvu súboru .TYP a pomocou prvého riadku

Obsah dávky:

1. riadok – hlavička:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Charakter dávky	P	1-1	CHAR	
2	Typ dávky	P	3-3	INT	
3	IČO /Rodné číslo/ Číslo povolenia na pobyt	P	8-10	CHAR	
4	IČO prijímateľa dávky	P	8-8	CHAR	
5	Kód ZP a pobočky ZP	P	4-4	CHAR	
6	Dátum odoslania dávky	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
7	Poradové číslo dávky	P	1-6	INT	
8	Počet viet tela dávky	P	1-6	INT	
9	Počet médií	N	1-3	INT	
10	Poradové číslo média	N	1-3	INT	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Charakter dávky: N – nová, O – opravná
 Typ dávky: 601
 IČO /Rodné číslo/ identifikačné číslo organizácie podľa číselníka IČO alebo rodné číslo alebo číslo povolenia na pobyt platiteľa – odosielateľa dávky
 Číslo povolenia na pobyt: číslo alebo číslo povolenia na pobyt platiteľa – odosielateľa dávky
 IČO prijímateľa dávky: IČO prijímateľa dávky
 Kód ZP a kód pobočky ZP: kód zdravotnej poisťovne a kód pobočky zdravotnej poisťovne
 Dátum odoslania dávky: dátum odoslania dávky na ZP
 Poradové číslo dávky: poradové číslo dávky platiteľa v kalendárnom roku
 Počet viet tela dávky: udáva sa **bez prvého a druhého riadku** dávky – zodpovedá počtu oznamovaných poistencov
 Počet médií: počet médií, na ktorých je dávka doručená
 Poradové číslo média: poradové číslo média (1,2,3,...)

2. riadok – údaje o platiteľovi:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
1	Číslo platiteľa poistného	P	1-10	CHAR	
2	Kód ZP	P	2-2	CHAR	
3	Kód pobočky ZP	P	2-2	CHAR	
4	Kalendárny mesiac	P	2-2	CHAR	MM
5	Kalendárny rok	P	2-2	CHAR	RR
6	Meno a priezvisko/obchodné meno	P	1-60	CHAR	
7	IČO	P*	8-8	CHAR	

8	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
9	Číslo povolenia na pobyt	P*	1-10	CHAR	
10	DIČ / IČ DPH	N	1-13	CHAR	
11	Právna forma	P	2-2	CHAR	
12	Adresa sídla – obec	P	1-25	CHAR	
13	Adresa sídla – súpisné číslo	N	1-8	CHAR	
14	Adresa sídla – ulica číslo	P	1-35	CHAR	
15	Adresa sídla – PSČ	P	5-5	CHAR	
16	Adresa sídla – štát	P**	2-2	CHAR	
17	Telefón	P	8-15	CHAR	
18	Fax	N	8-15	CHAR	
19	E-mail	N	1-75	CHAR	
20	Názov banky	P	1-60	CHAR	
21	Predčíslenie účtu	N	1-6	CHAR	
22	Číslo účtu	P	1-10	CHAR	
23	Kód banky	P	4-4	CHAR	
24	Osoba zodpovedná za spracovanie	P	1-50	CHAR	

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Číslo platiteľa poisťného:	číslo platiteľa poisťného, ktoré prideliuje ZP
Kód ZP:	kód zdravotnej poisťovne podľa číselníka ZP
Kód pobočky ZP:	kód pobočky ZP – ak nemá zriadené pobočky uvedie sa „00”
Kalendárny mesiac:	číslo mesiaca, v ktorom došlo k zmene platiteľa poisťného
Kalendárny rok:	koncové dvojčíslenie roku, v ktorom došlo k zmene platiteľa poisťného
Meno a priezvisko/ obchodné meno:	identifikácia platiteľa
IČO:	IČO platiteľa
Rodné číslo:	rodné číslo platiteľa
Číslo povolenia na pobyt:	číslo povolenia na pobyt platiteľa
DIČ/IČ DPH:	daňové identifikačné číslo
Právna forma:	FO – fyzická osoba, PO – právnická osoba
Adresa sídla – obec:	názov obce sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – súpisné číslo	súpisné číslo adresy sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – ulica číslo	názov ulice a číslo sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – PSČ	PSČ adresy sídla platiteľa poisťného
Adresa sídla – štát	kód štátu platiteľa podľa ISO 3166-1
Telefón:	telefón platiteľa poisťného
Fax:	fax platiteľa poisťného
E-mail:	e-mail platiteľa poisťného
Názov banky:	názov banky alebo pobočky zahraničnej banky platiteľa
Predčíslenie účtu:	predčíslenie účtu platiteľa poisťného v banke
Číslo účtu:	číslo účtu platiteľa poisťného v banke
Kód banky:	4-miestny kód banky platiteľa
Osoba zodpovedná za spracovanie:	osoba zodpovedná za spracovanie u platiteľa poisťného

* treba vyplniť jednu z položiek IČO, Rodné číslo, Číslo povolenia na pobyt

** povinný parameter, ak sa jedná o iný štát ako SR

3. až n-tý riadok – telo dávky – údaje o poisťencoch:

No.	Názov stĺpca	Povinnosť	Dĺžka	Typ	Formát
-----	--------------	-----------	-------	-----	--------

1	Poradové číslo poistenca	P	1-5	CHAR	
2	Rodné číslo	P*	9-10	CHAR	
3	Titul	N	3-12	CHAR	
4	Meno	P	1-24	CHAR	
5	Priezvisko	P	1-36	CHAR	
6	Kód zmeny	P	1-2	CHAR	
7	Platnosť zmeny	P	1-1	CHAR	
8	Dátum zmeny	P	8-8	DATE	RRRRMMDD
9	Bezvýznamové identifikačné číslo	P*	10-10	CHAR	XX7XXXXYYY

Vysvetlivky k jednotlivým položkám:

Poradové číslo poistenca:	poradové číslo poistenca v dávke
Rodné číslo:	rodné číslo poistenca
Titul:	titul pred menom poistenca
Meno:	meno poistenca
Priezvisko:	priezvisko poistenca
Kód zmeny:	jednomiestny alebo dvojmiestny kód podľa metodického usmernenia (napr. 1A, 1B, ..., 1U, 2)
Platnosť zmeny:	hodnoty Z, K, X podľa metodického usmernenia
Dátum zmeny:	dátum, kedy došlo u poistenca k zmene platiteľa poistného
Bezvýznamové identifikačné číslo:	bezvýznamové identifikačné číslo poistenca, ktoré prideluje ÚDZS

P* - ak nie je vyplnené rodné číslo, treba vyplniť identifikačné číslo poistenca

Forma prenosu: e-mail