

**Výkaz pre preukazovanie platobnej schopnosti podľa § 14 zákona  
č. 581/2004 Z. z.**

Za mesiac:
------------

**Zdravotná poisťovňa**

Obchodné meno:	Sídlo:	
IČO		
Výkaz vypracoval:	Odtlačok pečiatky a podpis štatutárneho zástupcu, resp. osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne	
Dátum:		
Telefón č.:		E-mail:
Fax :		

**Preukázanie zabezpečenia platobnej schopnosti**

*Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne je **zabezpečená**, 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 0,2 % objemu všetkých záväzkov počas troch po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov (mimo právne uznaných dôvodov).*

číslo riadku	názov položky	suma v €
1.	<b>Záväzky voči poskytovateľom celkom (r.2+.3+.4)</b>	
2.	Záväzky voči poskytovateľom v lehote splatnosti	
3.	Záväzky voči poskytovateľom po lehote splatnosti do 30 dní	
4.	Záväzky voči poskytovateľom po lehote splatnosti nad 30 dní (r.5+r.6) v tom:	
5.	Záväzky voči poskytovateľom neuhradené z právne uznaných dôvodov	
6.	Ostatné	
7.	<b>Preukázanie platobnej schopnosti (r.4 – r.5)</b>	
8.	<b>Zabezpečenie platobnej schopnosti (r.4-5)/ r.1*100 v (%)</b>	

Zabezpečenie platobnej schopnosti za mesiac:

.....

ukazovateľ		vykázaná hodnota	PS zabezpečená: áno / nie
§ 14 ods. 3	záväzky voči PZS po lehote splatnosti nad 30 dní ÷ záväzky voči PZS celkom		

Prílohy výkazu podľa § 14 zákona č. 581/2004 Z. z.:

- 1) Protokol o správnosti vykazovaných údajov o výpočte platobnej schopnosti vypracovaný útvarom vnútornej kontroly zdravotnej poisťovne
- 2) Súvaha za preukazovaný mesiac
- 3) Výkaz ziskov a strát za preukazovaný mesiac
- 4) Zoznam neuhradených záväzkov voči poskytovateľom v členení podľa § 14 ods. 5
- 5) Zoznam úhrad poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za poskytnutú zdravotnú starostlivosť