

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želtova 2, 829 24 Bratislava Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poistného - vzor	Strana 1 z 6
---	--	---------------------

Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poistného



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
Želova 2, 829 24 Bratislava

Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa
poistného - vzor

Strana 2 z 6

Kód poisťovne

OZNÁMENIE POISTENCA/ PLATITEĽA POISTNÉHO

OZNÁMENÁ ZMENA

číslo platiteľa poistného prideleného ZP

Zmena

☐ Mena, priezviska ☐ Názvu / Obchodného mena ☐ Rodného čísla/ IČO ☐ Adresy/sídla ☐ Platiteľa ☐ Sadzby poistného
☐ Bankového účtu ☐ Zánik verejného zdravotného poistenia

Zmena platí od

POISTENEC

Rodné číslo Dátum narodenia Titul

Meno a Priezvisko / Názov

Rodné priezvisko Pohlavie muž ☐ žena ☐

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

Rodné číslo Dátum narodenia Titul

Meno a Priezvisko / Názov

Rodné priezvisko Pohlavie muž ☐ žena ☐

Adresa trvalého pobytu (aktuálna adresa pobytu)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Telefón E-mail

Adresa prechodného pobytu / korešpondenčnej adresy (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

Názov platiteľa

Adresa podnikania (ak sa líši od adresy trvalého pobytu)

Ulica Číslo

Mesto/obec PSČ

IČO DIČ

IBAN BIC

Vyplní len cudzinec

Štátna príslušnosť Pobyť na území - SR do

Číslo ID karty alebo pasu

PLATITEĽ

Kód	Dátum od	Dátum do	Kód	Dátum od	Dátum do

SADZBA POISTNÉHO

Poistenec bez zdravotného poistného ☐ Poistenec so zdravotným poistnutím ☐ Poistenec s preukazom ZTP ☐

POTVRDENIE POISŤOVNE

Dátum prijatia oznámenia

POTVRDENIE POISTENCA

Svojím podpisom potvrdzujem,
že údaje ktoré som vyplnil (a),
sú úplné, pravdivé a správne.

Podpis poistenca/zástupcu poistenca

Dátum podania oznámenia

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poistného - vzor	Strana 3 z 6
---	---	---------------------

ÚDAJE O OZNAMOVATEĽOVI

Číslo platiteľa poistného pridelené ZP - údaj uvedený na preukaze poistenca ako IČP

Oznámená zmena - uvedie sa typ oznamovanej zmeny (poznámka: zánik poistenia sa preukazuje dokladmi, ktoré určí zdravotná poisťovňa)

Zmena platí od - deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR

Poistenec - údaje v plnom rozsahu vyplní poistenec

Predčíslenie, číslo účtu, kód banky - nepovinné položky, ak je vyplnená položka Medzinárodné číslo bankového účtu (IBAN)

Medzinárodné číslo bankového účtu (IBAN) - uvádza sa predčíslenie, číslo účtu a kód banky; od 01.02.2014 sa uvádza IBAN v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 260/2012 zo 14. marca 2012, ktorým sa ustanovujú technické a obchodné požiadavky na úhrady a inkasá v eurách, a ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie (ES) č. 924/2009

Platiteľ

Kód - uvedie sa jedno číslo a jedno písmeno z nasledujúceho zoznamu kódov

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

Dátum do - deň, mesiac a rok zmeny v tvare DDMMRRRR (napr. koniec povinnosti štátu platiť poistné atď.)

Zoznam kódov:

Typ zmeny:

1. Štát

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poistného - vzor	Strana 4 z 6
---	---	---------------------

- A.** Nezaopatrené dieťa; za nezaopatrené dieťa sa považuje aj fyzická osoba do dovŕšenia 30 roku veku, ktorá študuje na vysokej škole najdlhšie do získania prvého vysokoškolského vzdelania druhého stupňa, okrem externej formy štúdia, poistencom štátu je aj v období prázdnin, až do vykonania štátnych záverečných skúšok alebo do zápisu na vysokoškolské štúdium druhého stupňa alebo tretieho stupňa v dennej forme štúdia, ak zápis na vysokoškolské štúdium druhého stupňa alebo tretieho stupňa bol vykonaný do konca kalendárneho roka, v ktorom bolo získané vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa alebo druhého stupňa v dennej forme štúdia;
- B.** Fyzická osoba, ktorá poberá dôchodok podľa osobitného predpisu, okrem poberateľa vdovského dôchodku, vdoveckého dôchodku, sirotského dôchodku a poberateľa 13. dôchodku poskytovaného 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 a rodičovský príspevok z iného členského štátu, ak tam nie je zdravotne poistená;
- D.** Fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek a nevznikol jej 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, osoba vo výkone detencie, obvinená osoba vo väzbe alebo odsúdená vo výkone trestu odňatia slobody v inom členskom štáte, ak tam nie je zdravotne poistená;
- H.** Fyzická osoba, ktorej sa poskytuje starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnená na základe rozhodnutia súdu alebo v zariadení sociálnych služieb celoročne;
- I.** Študent z iného členského štátu, zahraničný študent, ktorý študuje na základe medzištátnej zmluvy alebo medzinárodnej zmluvy, ktorými je Slovenská republika viazaná, alebo žiak, študent, ktorý je Slovákom žijúcim v zahraničí a zároveň študuje na škole v Slovenskej republike;

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poistného - vzor	Strana 5 z 6
---	---	---------------------

- 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; ak za inú osobu nie je platiteľom štát podľa písmena C) alebo písmena O) prvého bodu na totožné dieťa a za inú osobu nie je platiteľom štát z dôvodu celodennej a riadnej starostlivosti o to isté dieťa;
- L.** Fyzická osoba, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím odkázanú 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, ak za inú osobu nie je platiteľom štát z dôvodu opatrovania tej istej osoby;
- 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 fyzickej osobe 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,
 3. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí 14. dňa ošetrovania alebo starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorá vykonáva ošetrovanie alebo starostlivosť aj po tomto dni,
 4. ktorej zanikol nárok na ošetrovné po uplynutí 90. dňa osobnej starostlivosti podľa osobitného predpisu a ktorá vykonáva domácu starostlivosť aj po tomto dni,
 5. ktorej trvá dočasná pracovná neschopnosť, má vystavené potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti a bola vyradená z evidencie uchádzačov o zamestnanie podľa osobitného predpisu;
- P.** Fyzická osoba, ktorá poberá pomoc v hmotnej núdzi a fyzická osoba, ktorá je členom domácnosti, ktorej sa poskytuje pomoc v hmotnej núdzi podľa osobitného predpisu;

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava Univerzálne oznámenie poistenca/platiteľa poistného - vzor	Strana 6 z 6
---	---	---------------------

- Q.** Fyzická osoba, ktorá je vedená v evidencii uchádzačov o zamestnanie;
- R.** Cudziniec zaistený na území Slovenskej republiky;
- S.** Azylant v období šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov od dátumu udelenia azylu;
- T.** Fyzická osoba, ktorá je členom komunity, rehole, spoločnosti alebo obdobného spoločenstva založeného cirkvou, alebo náboženskou spoločnosťou a vykonáva pre nich alebo pre charitatívnu organizáciu nimi zriadenú, pracovnú činnosť bez nároku na príjem;
- 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;
- W. nepoužíva sa;**
- X.** Fyzická osoba vykonávajúca dobrovoľnú vojenskú prípravu podľa osobitného predpisu;
- Y.** Štipendista v rámci programu, ktorého vytvorenie schválila vláda Slovenskej republiky, alebo v rámci programu, ktorý sa realizuje na základe medzinárodnej zmluvy, alebo v rámci programu Európskej únie, alebo v rámci programu, ktorý sa realizuje podľa osobitného predpisu, ak takejto osobe je priznané štipendium na dobu v trvaní viac ako jeden mesiac a ak ku dňu vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia trvá existencia programu.

3. SZČO

4. Platiteľ definovaný v § 11 ods. 2

Sadzba poistného - označí sa typ poistenca a uvedie sa výška sadzby poistného v % podľa platiteľa poistného