

DOKLAD O VÝŠKE PRÍJMU A O PREDDAVKOCH NA POISTNÉ ZA ROK 2007 ¹⁾

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Číselné údaje sa zarovnávajú vpravo, ostatné sa píše zľava. Nevyplnené riadky sa ponechávajú prázdne.

Údaje sa vyplňajú paličkovým písmom (podľa tohto vzoru), písacím strojom alebo tlačiarňou, a to čiernou alebo tmavomodrou farbou.

Á	Ä	B	Č	D	É	F	G	H	Í	J	K	L	M	N	O	Ö	Ô	P	Q	R	Š	T	Ú	Û	V	X	Ý	Ž	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

Rodné číslo	Číslo povolenia na pobyt	Kód zdravotnej poisťovne
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Priezvisko	Meno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Osobou so zdravotným postihnutím poistenec ²⁾	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12	
<input type="checkbox"/> nebol celý rok	<input type="checkbox"/> bol celý rok – v mesiacoch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Adresa trvalého pobytu v deň podania ročného zúčtovania poistného na území Slovenskej republiky alebo v zahraničí

Štát	<input type="text"/>		
Ulica	Číslo	<input type="text"/>	
PSČ	Obec	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa)	Číslo platiteľa poistného		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Rodné číslo	Číslo povolenia na pobyt	IČO	DIČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica	Číslo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PSČ	Obec	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailová adresa	<input type="text"/>		

III. ODDIEL – Údaje o príjme a preddavkoch zamestnanca a zamestnávateľa

Poistenec sa považoval za zamestnanca ³⁾	od:	<input type="text"/>	do:	<input type="text"/>
Úhrn príjmov podľa § 13 od. 1 až 3 zákona bez príjmov podľa § 13 ods. 4 zákona	<input type="text"/>			
Úhrn preddavkov na poistné zamestnanca	<input type="text"/>			
Úhrn preddavkov na poistné zamestnávateľa	<input type="text"/>			

IV. ODDIEL – Údaje o výške minimálneho základu a úhrne príjmov zamestnanca za jednotlivé kalendárne mesiace

	Minimálny základ	Úhm príjmov podľa § 13 ods. 1 až 3 zákona bez príjmov podľa § 13 ods. 4 zákona
Január		
Február		
Marec		
Apríl		
Máj		
Jún		
Júl		
August		
September		
Október		
November		
December		
Spolu		

V. ODDIEL – Obdobia, v ktorých za zamestnanca platí poistné štát podľa § 11 ods. 8 písm. n) a t) zákona ⁴⁾

P.č.	Od dátumu	Do dátumu	Dôvod
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

VI. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie dokladu podľa § 19 ods. 5 zákona

Vypracoval (Priezvisko a meno)

Číslo telefónu

Číslo faxu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v doklade podľa § 19 ods. 5 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie dokladu
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa**VII. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa**

Počet príloh

Uvádza sa počet všetkých príloh, ktoré sú súčasťou dokladu podľa § 19 ods. 5 zákona

ČASŤ B OZNÁMENIE O NEDOPLATKU ALEBO PREPLATKU ZAMESTNÁVATEĽA ZA ROK 2007

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Číselné údaje sa zarovnávajú vpravo, ostatné sa píšú zľava. Nevyplnené riadky sa ponechávajú prázdne.

Údaje sa vyplňajú paličkovým písmom (podľa tohto vzoru), písacím strojom alebo tlačiarňou, a to čiernou alebo tmavomodrou farbou.

Á Ä B Č D É F G H Í J K L M N O Ö Ô P Q R Š T Ú Û V X Ý Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

Kód zdravotnej poisťovne

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého pobytu v deň podania ročného zúčtovania poistného na území Slovenskej republiky alebo v zahraničí

Štát

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

II. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa)

Číslo platiteľa poistného

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

IČO

DIČ

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

E-mailová adresa

III. ODDIEL – Výsledok ročného zúčtovania poistného zamestnávateľa

Úhrn preddavkov na poistné zamestnávateľa ¹⁾

Poistné zamestnávateľa z ročného zúčtovania poistného ²⁾

Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnávateľa ³⁾

IV. ODDIEL – Ročné zúčtovanie poistného vykonal

- Poistenec
 Zákonný zástupca, meno, priezvisko a adresa
 Iný zamestnávateľ

Údaje o zamestnávateľovi, ktorý vykonal ročné zúčtovanie poistného

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa)

Číslo platiteľa poistného

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

IČO

DIČ

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

E-mailová adresa

V. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)

Číslo telefónu

Číslo faxu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 10 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa