

OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA**o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2010**

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 (ďalej len „zákon“)

Oznámenie	Kód zdravotnej poisťovne
<input type="checkbox"/> riadne <input type="checkbox"/> opravné <input type="checkbox"/> dodatočné	<input type="text"/>

I. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi

01	Názov platiteľa poisťného	02	Číslo platiteľa poisťného		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
03	Rodné číslo / Číslo povolenia na pobyt	04	IČO	05	DIČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky					
06	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"/>					

II. ODDIEL – Výsledok ročného zúčtovania poisťného

Počet zamestnancov	21	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov	22	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa	23	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. 22 + p. 23)	24	<input type="text"/>
Upravený nedoplatok / preplatok ¹⁾	25	<input type="text"/>

III. ODDIEL – Žiadosť o vrátenie preplatku poisťného zamestnancov a zamestnávateľa ¹⁾

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (ak preplatok v p. 24 \geq 3 eurá)

<input type="checkbox"/> na účet číslo účtu/kód banky	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

IV. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailová adresa		
<input type="text"/>		

V. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa

<input type="text"/>		
----------------------	--	--

Počet strán zoznamu zamestnancov 31 Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov
 Počet ostatných príloh 32 Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia
 Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú úplné a správne.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Záznamy zdravotnej poisťovne

Príloha

Zoznam zamestnancov, za ktorých bolo vykonané ročné zúčtovanie poistného

Por. čís.	Rodné číslo zamestnanca/Číslo povolenia na pobyt	Ročné zúčtovanie poistného vykonal ²⁾			Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnanca v eurách ¹⁾	Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnávateľa v eurách ¹⁾
		Zamestnávateľ	Zamestnanec	Iný zamestnávateľ		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Strana číslo

Celkový počet strán prílohy

Meno, priezvisko a podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Vysvetlivky k prílohe 14:

Skratka „p.“ znamená skratku slova položka.

Ak je viac možností, zvolená možnosť sa označí písmenom X.

Sumy sa uvádzajú v eurách s presnosťou na dve desatinné miesta.

V položkách Rodné číslo/Číslo povolenia na pobyt sa uvádza rodné číslo, ak poistenec rodné číslo nemá, uvádza sa číslo povolenia na pobyt.

- 1) Ak je nedoplatok nižší ako 3 eurá, uvádza sa nula. Ak je preplatok nižší ako 3 eurá, uvádza sa nula.
- 2) Vyznačí sa, kto vykonal ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca. Ak ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca vykonal iný zamestnávateľ, uvádza sa jeho (t. j. iného zamestnávateľa) číslo platiteľa poistného.