

**O Z N Á M E N I E**

**k ročnému prerozdeleniu poistného na verejné zdravotné poistenie  
 podľa § 27a ods. 2 písm. a) až c) zákona**

**za rok.....**

**Názov zdravotnej poisťovne:**

**IČO:**

**gpg'rtlgj xlmq'č'f qf r k'f'qgd**

1. Celková suma povinného poistného podľa § 27a ods. 2 písm. a) zákona*)							
2. 95 % z celkovej sumy povinného poistného podľa § 27a ods. 3 zákona*)							
3. Počet poistencov celkom podľa § 27a ods. 2 písm. b) a c) zákona							
z toho	[§ 27a ods. 2 písm. b)]	[§ 27a ods. 2 písm. b)]	[§ 27a ods. 2 písm. c)]	[§ 27a ods. 2 písm. c)]	stl.1+ stl.2 celkom	stl.3 + stl.4 celkom	
	muži	ženy	muži	ženy	muži + ženy	muži + ženy	
	stl.1	stl.2	stl.3	stl.4	stl.5	stl.6	
<b>3a.</b> od 0 rokov do 4 rokov							
<b>3b.</b> od 5 rokov do 9 rokov							
<b>3c.</b> od 10 rokov do 14 rokov							
<b>3d.</b> od 15 rokov do 19 rokov							
<b>3e.</b> od 20 rokov do 24 rokov							
<b>3f.</b> od 25 rokov do 29 rokov							
<b>3g.</b> od 30 rokov do 34 rokov							
<b>3h.</b> od 35 rokov do 39 rokov							
<b>3i.</b> od 40 rokov do 44 rokov							
<b>3j.</b> od 45 rokov do 49 rokov							
<b>3k.</b> od 50 rokov do 54 rokov							
<b>3l.</b> od 55 rokov do 59 rokov							
<b>3m.</b> od 60 rokov do 64 rokov							
<b>3n.</b> od 65 rokov do 69 rokov							
<b>3o.</b> od 70 rokov do 74 rokov							
<b>3p.</b> od 75 rokov do 79 rokov							
<b>3r.</b> od 80 rokov							
4. Poistenci celkom							

Vypracoval (meno, priezvisko a podpis):

Telefónne číslo:

E-mailová adresa zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....  
 o gpg'rtlgj xlmq'č'f qf r k'f'qgd { oprávnenej konat' v mene zdravotnej poisťovne  
 odtlačok pečiatky

\*) zaokrúhľuje sa matematicky na celé eurá