



# VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Vážený pán  
JIRÍ ZACHENSKÝ  
č.d. 193  
93503 BÁTŮVCE

Váš list číslo/zo dňa

Naše číslo

Vybavuje/linka  
Andrea Vmardčíková  
036/2824120

Služba  
1.4.2016

800528

Vec: Oznámenie o evidencii obdobia bez určeného platiteľa poisťného

Vážená poisťovňa/Vážený poisťovňa,

pri kontrole údajov v registri poisťovňov sme zistili, že nemáme evidovaného platiteľa poisťného.

Obdobie:  
31.12.2015 -

Žiadame Vás, aby ste si najneskôr do 8 dní od doručenia oznámenia nahlásili platiteľa poisťného na verejné zdravotné poisťenie na hore uvedené obdobie.

Platiteľom poisťného za uvedené obdobie môže byť:

- Zamestnávateľ:** oznámte príslušnému zamestnávateľovi, že ste poisťovňou VŠZP. Tento je v zmysle zákona povinný plniť oznamovacia povinnosť za zamestnanca (vyplníť oznámenie zamestnávateľa o poisťovňach pri zmene platiteľa poisťného a doručí ho na adresu pobočky VŠZP). Zamestnanie môžete prípadne oznámiť doručením dokladu potvrdzujúceho, že ste boli v tomto období zamestnancom (napr. kópia zápočtového listu, pracovná zmluva a rozviazanie pracovného pomeru, potvrdenie o pracovnom pomere, ap).
- Vy sám ako:**
  - samostatne zárobková činná osoba - (máte oprávnenie na vykonávanie zárobkovej činnosti - živnostenský list, resp. vykonávate samostatne zárobkovú činnosť na základe iného ako živnostenského oprávnenia) - súčasne doručte Výkaz preddavkov samostatne zárobkovo činného osoby,
  - samoplatiteľ - ak ste v danom období neboli zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo poisťovňou štátu, vyplňte tlačivo Oznámenie poisťovňa/platiteľa poisťného (kód zmeny 4) a uhradte poisťné za uvedené obdobie.
- Siť ak ste fyzická osoba, za ktorú platí štát:** (celodenne a riadne sa starate o dieťa vo veku do 6 rokov, opatrujete odkázanú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím alebo blízku osobu staršiu ako 80 rokov, ste umiestnená v zariadení, ste manžel/manželka vyslaného zamestnanca, vykonávate pracovnú činnosť pre cirkevne, rehočné a charitatívne spoločenstvo). Vznik týchto skutočností preukazujete čestným vyhlásením a vyplnením tlačiva Oznámenie poisťovňa/platiteľa poisťného (kód zmeny je uvedený na zadnej strane oznámenia).



Pri preukazovaní ostatných skutočností, pri ktorých je platiteľom poisťného štát, ste povinný poskytnúť súčinnosť zdravotnej poisťovni na základe jej vyžiadania (napr. štúdium, poberanie dôchodku, evidencia uchádzača o zamestnanie, poberanie materského alebo rodičovského príspevku, dávky v hmotnej núdzi, atď.).

Tlačivo Oznámenie poisťenca/plaťiteľa poisťného je prílohou tohto listu.

Údaje pre platenie poisťného

Variabilný symbol: Vaše rodné číslo, v prípade 9 miestneho rodného čísla dopíšte za rodné číslo nulu

Konštantný symbol: 3558 Číslo účtu: SK94 8180 0000 0070 0022 1542

Dovoľujeme si Vás upozorniť, že verejné zdravotné poistenie na území SR zaniká, ak ste:

- zamestnaná/ý a zdravotne poistená/ý v cudzine,
- alebo máte dlhodobý pobyt v cudzine (za dlhodobý pobyt sa považuje pobyt dlhší ako šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov) a ste tam zdravotne poistená/ý,
- alebo vykonávate samostatnú zárobkovú činnosť v cudzine a ste tam zdravotne poistená/ý.

Pre splnenie tejto oznamovacej povinnosti vypíšte tlačivo Odhláska poisťenca a pokiaľ ste poistený v inom členskom štáte EÚ, priložte aj doklad o poistení v inom členskom štáte EÚ resp. o podliehaní právnym predpisom iného členského štátu EÚ.

S pozdravom



ROZBEHA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA  
Košice, ul. ...  
... 3. ...  
... 04-00 20207944

MUDr. Ján Medovarský  
vedúci pobočky