



Vážený pán
JIŘÍ ZÁCHENSKÝ
č.d. 193
93503 BĀTOVCE

Váš list číslo/zo dňa
800528

Naše číslo

Vybavuje/linka
Mária Švecová
036/2824114

Levica
13.12.2017

Vec: Oznámenie o evidencii obdobia bez určeného platiteľa poistného

Vážená poistenka/Vážený poistenec,

pri kontrole údajov v registri poistencov sme zistili, že u Vás nemáme evidovaného platiteľa poistného v období:

od 01.01.2016 do 30.11.2017

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

Platiteľom poistného za uvedené obdobie môže byť:

1. Zamestnávateľ: oznámte príslušnému zamestnávateľovi, že ste poistencom VŠZP. Tento je v zmysle zákona povinný plniť oznamovaciu povinnosť za zamestnanca (vyplniť oznámenie zamestnávateľa o poistencoch pri zmene platiteľa poistného a doručiť 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).
2. Vy sám/sama ako:
 - a) samostatne zárobková činná osoba - (máte oprávnenie na vykonávanie zárobkovej činnosti - živnostenský list, resp. vykonávate samostatne zárobkovú činnosť na základe iného ako živnostenského oprávnenia),
 - b) samoplatiteľ - ak ste v danom období neboli zamestnancom, samostatne zárobkovo činnou osobou alebo poistencom štátu, vyplňte tlačivo Oznámenie poistenca/platiteľa poistného (kód zmeny 4) a uhradte poistné za uvedené obdobie.
3. Štát, ak ste fyzická osoba, za ktorú platí štát

Tlačivo Oznámenie poistenca/platiteľa poistného je prílohou tohto listu.

Údaje pre platenie poistného:



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:

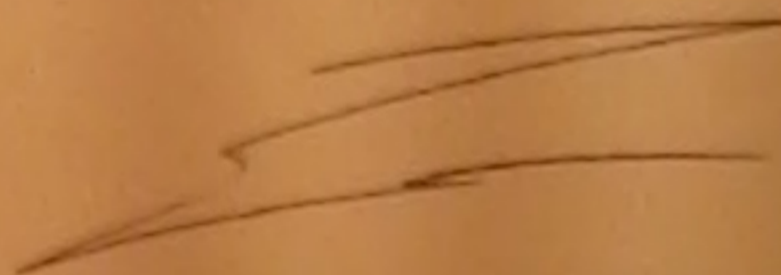
- a) ste zamestnaná/ý a zdravotne poistená/ý v cudzine,
- b) alebo máte dlhodobý pobyt v cudzine (za dlhodobý pobyt sa považuje pobyt dlhší ako šesť po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov) a ste tam zdravotne poistená/ý,
- c) alebo vykonávate samostatnú zárobkovú činnosť v cudzine a ste tam zdravotne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

Pre splnenie tejto oznamovacej povinnosti vyplňte tlačivo Odhláška poistenca 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.

Oznamováciu povinnosť si môžete splniť:

- osobne na ktoromkoľvek kontaktnom mieste VŠZP,
- písomne zaslaním Oznámenia poistenca/platiteľa poistného, prípadne iných dokladov preukazujúcich platiteľa poistného,
- prostredníctvom ePobočky (www.epobocka.com).

S pozdravom



Ing. Marek Eckhardt
vedúci oddelenia zdravotného poistenia