# O Z N Á M E N I E Z A M E S T N A N C A

podľa § 16a ods. 5zákona 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“)

**o neuplatňovaní si dopočtu preddavku na poistné do sumy minimálneho preddavku (ďalej len „oznámenie“)**

Oznámenie podáva zamestnanec zamestnávateľovi, ak sa zamestnanec rozhodol postupovať podľa § 16a ods. 5 zákona. Zamestnanec oznámenie podáva do 8 dní odo dňa vzniku pracovného pomeru, štátnozamestnaneckého pomeru alebo obdobného pracovného vzťahu alebo do 8 dní odo dňa vzniku, zmeny a zániku skutočností, na základe ktorých sa zamestnanec rozhodol neuplatňovať si dopočet do sumy minimálneho preddavku na poistné.

|  |
| --- |
| **ÚDAJE O ZAMESTNANCOVI** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Priezvisko  | Meno | Rodné číslo (cudzí štátny príslušník uvedie dátum narodenia) |
| Titul (pred menom) | Titul (za menom) |  |
| **Adresa trvalého pobytu** |
| Ulica | Číslo | PSČ |
| Obec | Štát |
| **Zamestnávateľ** (uvedie sa adresa zamestnávateľa, ktorému zamestnanec oznámenie podpisuje) |

|  |
| --- |
| **UPLATŇUJEM SI NÁROK NA POSTUP** podľa § 16a ods. 5 zákona (neuplatňovanie dopočtu do sumy minimálneho preddavku)Nárok si uplatňujem odo dňa (dátum) |

**Vyhlasujem, že spĺňam aspoň jednu zo zákonom stanovených podmienok pre uplatnenie postupu.**

Osoby, ktoré majú zákonný nárok na uplatnenie tohto postupu sú:

a/ zamestnanec v pracovnom pomere, štátnozamestnaneckom pomere alebo obdobnom pracovnom vzťahu u viacerých zamestnávateľov,

b/ samostatne zárobkovo činná osoba,

c/ osoba, za ktorú platí poistné na verejné zdravotné poistenie štát,

d/ osoba so zdravotným postihnutím,

e/ osoba vyhlásená za nezvestnú.

**Potvrdzujem správnosť a úplnosť údajov uvedených v tomto oznámení. Som si vedomý, že v prípade uvedenia nepravdivých údajov a/alebo neoznámenia zmeny skutočností uvedených v tomto oznámení, môže byť výsledkom môjho ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie nedoplatok.**

Ak dôjde v priebehu kalendárneho roka **k zmene oznámených skutočností**, oznámim zmenu zamestnávateľovi písomne (napr. v tomto oznámení) a to v lehote do 8 dní od kedy zmena nastala.

Dňa .................................................................... ................................................................

 Podpis zamestnanca

Potvrdenie zamestnávateľa:

Prevzaté dňa ...................................................... ................................................................

 Za zamestnávateľa

|  |
| --- |
| **zmeny v údajoch uvedených v OZNÁMENÍ** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Druh zmeny** | **Zmena nastala dňa** | **Dátum oznámenia** | **Podpis zamestnanca** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |