



Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poistného

Oznámenie o vzniku Oznámenie o zániku Oznámenie o zmene platiteľa poistného

Dôvod oznámenia zmeny

Kód poisťovne, kód pobočky

2 5

* uvedie číslo dôvodu od 1 - 10

Číslo platiteľa

Údaje o platiteľovi

Meno, priezvisko/obchodné meno

Rodné číslo

IČO

Sídlo/bydlisko platiteľa (ulica, číslo)

PSČ

Obec

Deň určený na výplatu príjmov (deň úhrady poistného)

Deň vzniku oznamovacej povinnosti

Korešpondenčná adresa platiteľa

Ulica

Číslo

Obec

PSČ

Bankové spojenie (číslo účtu/kód banky)

Medzinárodné číslo bankového účtu (IBAN)

Spôsob úhrady preddavku

prevodom z účtu

v hotovosti

poštovou poukážkou

Osobné údaje, ktoré ste uviedli v tomto formulári, bude spracúvať zdravotná poisťovňa výlučne za účelom výkonu zdravotného poistenia. Dĺžka spracúvania údajov je definovaná v § 16 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Potvrdenie platiteľa poistného

Štatutárny zástupca, resp. splnomocnená osoba

Telefón

Fax

E-mail

Dátum

Pečiatka a podpis osoby oprávnenej konať v mene platiteľa poistného

Potvrdenie poisťovne

Medzinárodné číslo bankového účtu (IBAN)

Konštantný symbol

Špecifický symbol (RRRR MM)

Variabilný symbol

Dátum prijatia oznámenia

Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby

* Dôvod oznámenia zmeny:

1. Zmena mena, priezviska/obchodného mena
2. Zmena IČO
3. Zmena sídla platiteľa
4. Zmena dňa určeného na výplatu príjmu
5. Zmena kontaktnej osoby
6. Zmena bankového spojenia
7. Zmena spôsobu úhrady preddavkov
8. Zmena korešpondenčnej adresy platiteľa
9. Zmena štatutárneho zástupcu
10. Zmena kontaktov (tel., fax, e-mail, mobil)