



# ŽIADOSŤ O SPLÁTKOVÝ KALENDÁR

Priestor na čiarový kód:

Priestor pre prezentačnú pečiatku:

## Platiteľ poisťného – dlžník:

Obchodné meno/Meno a priezvisko:

IČO:

Rodné číslo:

Telefón:

E-mail:

## Sídlo/adresa trvalého pobytu:

Ulica:

Číslo:

PSČ:

Obec/mesto:

## Adresa na doručovanie (ak je rozdielna od sídla alebo trvalého pobytu):

Ulica:

Číslo:

PSČ:

Obec/mesto:

Zaevidovať adresu na doručovanie ako korešpondenčnú adresu:

Áno

Nie

## Splátkový kalendár žiadam:

Na celkovú dlžnú sumu:

Navrhovaný počet splátok v splátkovom kalendári:

Suma na úhradu pred uzatvorením splátkového kalendára (40 %):

## Návrh splátkového kalendára na účel jeho podpísania platiteľom poisťného:

žiadam zaslť na vyššie uvedenú e-mailovú adresu

žiadam zaslť poštou na:

adresu sídla/trvalého pobytu

adresu na doručovanie

prevezmem osobne v pobočke VŠZP (uviesť ktorej):

## Obojstranne podpísaný originál splátkového kalendára:

žiadam zaslť poštou na:

adresu sídla/trvalého pobytu

adresu na doručovanie

prevezmem osobne v pobočke VŠZP (uviesť ktorej):



### Vyhlasenie:

Vyhlasujem, že môj dlh vznikol z dôvodu platobnej neschopnosti a nie je možné z mojej strany uhradiť dlh jednorazovo.

Svojím podpisom zároveň potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o podmienkach, ktoré je z mojej strany nevyhnutné splniť, ako aj o lehote na splnenie týchto podmienok, aby mojej žiadosti Všeoobecná zdravotná poisťovňa, a. s., vyhověla. V prípade nesplnenia podmienok v stanovenej lehote som si vedomý(á) skutočnosti, že zo strany Všeoobecnej zdravotnej poisťovne, a. s. dôjde k automatickému zamietnutiu mojej žiadosti o splátkový kalendár bez nároku na informovanie o zamietnutí zo strany Všeoobecnej zdravotnej poisťovne, a. s.

### Splátkový kalendár bude za právnickú osobu podpisovať (ak je platiteľom poistného právnická osoba):

titul, meno, priezvisko, funkcia

titul, meno, priezvisko, funkcia

Splátkový kalendár bude podpisovať splnomocnená osoba:  Áno  Nie

Splnomocnenie prikladám k žiadosti:  Áno  Nie

V \_\_\_\_\_ Dňa: \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Titul, meno, priezvisko: \_\_\_\_\_

### Súhlas so spracovaním osobných údajov:

Svojím podpisom dobrovoľne udeľujem Všeoobecnej zdravotnej poisťovni, a. s., Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava, IČO: 35 937 874, zapísanej v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3602/B, v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracovávaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES („nariadenie“) súhlas so spracovávaním osobných údajov, ktoré som uviedol/uviedla na tomto tlačive, a to v rozsahu: meno, priezvisko, titul pred a za menom, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, kontaktná adresa, telefón, mobil, e-mail, na účel marketingových aktivít VŠZP. Súhlas udeľujem na dobu trvania verejného zdravotného poistenia a na dobu päť rokov po jeho zániku. Beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov na vyššie uvedený účel nie je povinné.

### Poučenie o možnosti odvolania súhlasu:

Súhlas môžete kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky. Všetky informácie a oznámenia podľa článku 12 a 13 nariadenia, vrátane možnosti odvolania súhlasu, VŠZP ako prevádzkovateľ zverejňuje na [www.vszp.sk/ouu](http://www.vszp.sk/ouu) a sú dostupné na všetkých klientskych pracoviskách.

V \_\_\_\_\_ Dňa: \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Titul, meno, priezvisko: \_\_\_\_\_

### Podmienky pre uzatvorenie splátkového kalendára:

1. Platiteľ poistného má splnené všetky oznamovacie povinnosti (napr. zmena priezviska, adresy) a vykazovacie povinnosti (napr. mesačné výkazy od zamestnávateľa).
2. Platiteľ poistného uhradí 40 % z neuhradeného dlžného poistného, preddavkov na poistnom a/alebo nedoplatkov z ročného zúčtovania, ktoré sú ku dňu podania žiadosti o splátkový kalendár po splatnosti, a to v lehote do 15 kalendárnych dní od podania žiadosti o splátkový kalendár.
3. Platiteľ poistného je schopný plniť splátkový kalendár, teda uhrádzať splátky splátkového kalendára včas a v plnej výške tak, ako sú v splátkovom kalendári rozvrhnuté, a zároveň včas a v plnej výške uhrádzať bežné preddavky na poistné.
4. V niektorých prípadoch sa vyžaduje aj vydanie a doručenie výkazu nedoplatkov na pohľadávky, ktoré majú byť splácané prostredníctvom splátkového kalendára.
5. Maximálny možný počet splátok je 9. Ak je navrhovaný počet splátok vyšší ako 9, bude predmetom schvaľovania v zdravotnej poisťovni.
6. Návrh splátkového kalendára platiteľ poistného 2x podpíše a doručí ho späť do zdravotnej poisťovne v oboch vyhotoveniach. Následne mu bude odovzdaný jeden originál podpísaný oboma stranami, a to spôsobom, ktorý platiteľ poistného zvolil vo svojej žiadosti.

### Užitočné informácie:

1. Uzatvorením splátkového kalendára vzniká dlžníkovi (fyzickej osobe) nárok na plnú zdravotnú starostlivosť. Tento nárok trvá, ak dlžník plní splátkový kalendár riadne a včas. V prípade omeškania úhrady ktorejkoľvek splátky zaniká nárok na plnú zdravotnú starostlivosť a dlžník má nárok už len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť.
2. Uzatvorením splátkového kalendára ostáva platiteľ aj naďalej evidovaný v zozname dlžníkov.
3. V prípade, že časť, resp. celý dlh platiteľa/poistenca vymáha Všeoobecná zdravotná poisťovňa, a. s., už prostredníctvom súdneho exekútora, nie je možné na túto časť, resp. celý dlh uzatvoriť splátkový kalendár. Splátkový kalendár si však poistenec alebo platiteľ môže dohodnúť priamo so súdnym exekútorom.