

**O Z N Á M E N I E**

**k ročnému prerozdeleniu poistného na verejné zdravotné poistenie  
 podľa § 27a ods. 2 písm. a) až c) zákona**

**za rok.....**

**Názov zdravotnej poisťovne:**  
**IČO:**  
**Banka:**  
**Číslo bankového účtu:**

1. Celková suma povinného poistného podľa § 27a ods. 2 písm. a) zákona*)							
2. 95 % z celkovej sumy povinného poistného podľa § 27a ods. 3 zákona*)							
3. Počet poistencov celkom podľa § 27a ods. 2 písm. b) a c) zákona							
z toho	[§ 27a ods. 2 písm. b)]	[§ 27a ods. 2 písm. b)]	[§ 27a ods. 2 písm. c)]	[§ 27a ods. 2 písm. c)]	stĺ.1+ stĺ.2 celkom	stĺ.3 + stĺ.4 celkom	
	muži	ženy	muži	ženy	muži + ženy	muži + ženy	
	stĺ.1	stĺ.2	stĺ.3	stĺ.4	stĺ.5	stĺ.6	
<b>3a.</b>	od 0 rokov do 4 rokov						
<b>3b.</b>	od 5 rokov do 9 rokov						
<b>3c.</b>	od 10 rokov do 14 rokov						
<b>3d.</b>	od 15 rokov do 19 rokov						
<b>3e.</b>	od 20 rokov do 24 rokov						
<b>3f.</b>	od 25 rokov do 29 rokov						
<b>3g.</b>	od 30 rokov do 34 rokov						
<b>3h.</b>	od 35 rokov do 39 rokov						
<b>3i.</b>	od 40 rokov do 44 rokov						
<b>3j.</b>	od 45 rokov do 49 rokov						
<b>3k.</b>	od 50 rokov do 54 rokov						
<b>3l.</b>	od 55 rokov do 59 rokov						
<b>3m.</b>	od 60 rokov do 64 rokov						
<b>3n.</b>	od 65 rokov do 69 rokov						
<b>3o.</b>	od 70 rokov do 74 rokov						
<b>3p.</b>	od 75 rokov do 79 rokov						
<b>3r.</b>	od 80 rokov						
4. Poistenci celkom							

Vypracoval:  
 Telefónne číslo:  
 E- mail zodpovednej osoby:

V..... dňa.....

.....  
**podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne**  
**odtlačok pečiatky**

\*) zaokrúhľuje sa matematicky na celé eurá