Návrh

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

z.......2020

o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 11 ods. 8 a 9 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“) po dohode s Ministerstvom financií Slovenskej republiky ustanovuje:

§ 1

(1) Údaje z účtovníctva a štatistickej evidencie podľa § 11 ods. 8 zákona sa predkladajú v elektronicky vo formáte excel v tomto rozsahu a termíne:

----------------------------------------------------------------------------

Označenie Názov Termín

----------------------------------------------------------------------------

Súvaha Súvaha poisťovní - priebežná do 30 dní po uplynutí

(bez poznámok) kalendárneho štvrťroka

Výkaz ziskov a strát Výkaz ziskov a strát poisťovní - do 30 dní po uplynutí

priebežný (bez poznámok) kalendárneho štvrťroka

Súvaha Súvaha poisťovní do troch mesiacov

(vrátane poznámok) po uplynutí kalendárneho

roka

Výkaz ziskov a strát Výkaz ziskov a strát poisťovní do troch mesiacov

(vrátane poznámok) po uplynutí kalendárneho

roka

Súvaha Súvaha poisťovní overená do šiestich mesiacov

audítorom po uplynutí kalendárneho

roka

Výkaz ziskov a strát Výkaz ziskov a strát poisťovní do šiestich mesiacov

overený audítorom po uplynutí kalendárneho

roka

----------------------------------------------------------------------------

(2) Ďalšie údaje podľa § 11 ods. 9 a § 12 ods. 4 zákona sa predkladajú elektronicky vo formáte excel v tomto rozsahu a termíne:

------------------------------------------------------------------

Názov Termín predkladania

------------------------------------------------------------------

Hlásenie o všetkých zmenách do 10 dní pred ich účinnosťou

obchodno-finančného plánu

Hlásenie o zmenách vo výpise do 5 dní po ich účinnosti

z obchodného registra

Zoznam akcionárov zdravotnej do 31. marca po uplynutí

poisťovne kalendárneho roka

------------------------------------------------------------------

2

§ 2

Prehľady, hlásenia a iné správy uvedené v § 1 ods. 2 sa predkladajú podľa vzorov uvedených v prílohách č. 1 až 3.

§ 3

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 768/2004 Z. z. zo 16. decembra 2004 o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou sa zrušuje.

§ 4

Táto vyhláška nadobúda účinnosť .......................................

............................................ v .r.

Príloha č. 1

k vyhláške č...../2020 Z. z.

VZOR

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

HLÁSENIE O ZMENÁCH OBCHODNO-FINANČNÉHO PLÁNU

------------------------------------------------------------------

Predmet zmeny 1) Dátum účinnosti

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

1) Predmet zmeny obchodno-finančného plánu možno nahradiť

predložením zmeneného obchodno-finančného plánu.

------------------------------------------------------------------

Odoslané dňa: Osoba zodpovedná Telefonický kontakt:

za vypracovanie výkazu:

(meno, priezvisko, podpis)

Osoba zodpovedná za výkaz:

(meno, priezvisko, podpis)

Podpis štatutárneho zástupcu:

Odtlačok pečiatky:

------------------------------------------------------------------

Príloha č. 2

k vyhláške č...../2020 Z. z.

VZOR

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

HLÁSENIE O ZMENÁCH VO VÝPISE Z OBCHODNÉHO REGISTRA

------------------------------------------------------------------

Predmet zmeny Pôvodné znenie Nové (zmenené) Dátum

vo výpise znenie účinnosti

z obchodného

registra

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------

Odoslané dňa: Osoba zodpovedná Telefonický kontakt:

za vypracovanie výkazu:

(meno, priezvisko, podpis)

Osoba zodpovedná za výkaz:

(meno, priezvisko, podpis)

Podpis štatutárneho zástupcu:

Odtlačok pečiatky:

------------------------------------------------------------------

Príloha č. 3

k vyhláške č...../2020 Z. z.

VZOR

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

ZOZNAM AKCIONÁROV ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE - PRÁVNICKÝCH OSÔB 1)

----------------------------------------------------------------------------

Obchodné Adresa sídla IČO Počet akcií vo Výška Výška

meno akcionára vlastníctve kvalifikovanej kvalifikovanej

akcionára (v ks) účasti 2) účasti 3)

(v tis. Sk) (v %)

----------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------

1) V prípade vlastníctva akcií jedným akcionárom sa do riadkov

rozdelia jednotlivé akcie podľa ich menovitej hodnoty.

2) Uvedie sa celková menovitá hodnota akcií spoločnosti vo

vlastníctve akcionára.

3) Uvedie sa podiel počtu akcií vo vlastníctve akcionára

k celkovému počtu akcií v zdravotnej poisťovni.

ZOZNAM AKCIONÁROV ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE - FYZICKÝCH OSÔB 1)

-----------------------------------------------------------------------------------

Priezvisko, Adresa trvalého Dátum Počet akcií vo Výška Výška

meno a titul pobytu narodenia vlastníctve kvalifikovanej kvalifikovanej

(v ks) účasti 2) účasti 3)

(v tis. Sk) (v %)

-----------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------

1) V prípade vlastníctva akcií jedným akcionárom sa do riadkov

rozdelia jednotlivé akcie podľa ich menovitej hodnoty.

2) Uvedie sa celková menovitá hodnota akcií akcionára.

3) Uvedie sa podiel počtu akcií vo vlastníctve akcionára

k celkovému počtu akcií v zdravotnej poisťovni.

-----------------------------------------------------------------------------------

Odoslané dňa: Osoba zodpovedná Telefonický kontakt:

za vypracovanie výkazu:

(meno, priezvisko, podpis)

Osoba zodpovedná za výkaz:

(meno, priezvisko, podpis)

Podpis štatutárneho zástupcu:

Odtlačok pečiatky:

-----------------------------------------------------------------------------------