

ŽÁDOST O ODSTRANĚNÍ TVRDOSTI A PROMINUTÍ, RESP. SNÍŽENÍ PENÁLE, POKUTY

dle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Číslo plátce pojistného					
Jméno a příjmení/Název plátce					
Adresa TP/Sídlo plátce					
Kontaktní adresa					
Telefon					
E-mail					
Datová schránka					
Bankovní spojení (pouze pro případ vrácení přeplatku)					
Žádost podává (označte křížkem)				<input type="checkbox"/> plátce	
				<input type="checkbox"/> jiná oprávněná osoba (prosím vyplňte):	
Kategorie plátce (označte křížkem)	<input type="checkbox"/> Zaměstnavatel*		<input type="checkbox"/> OSVČ*	<input type="checkbox"/> OBZP	<input type="checkbox"/> Zaměstnanec
	<input type="checkbox"/> Úřad práce		<input type="checkbox"/> Důchodce		<input type="checkbox"/> Jiná ZP*
<input type="checkbox"/> Jiná kategorie (prosím vyplňte):					

<input type="checkbox"/> Vyměřeného PV č.:	
<input type="checkbox"/> Předepsaného VN č.:	
<input type="checkbox"/> Vyčísleného vyúčtováním pojistného	

Ze dne:	
Ve výši:	

Důvody žádosti:

Plátce uvede důvody, o které opírá svou žádost a ke kterým by mělo být při rozhodování o odstranění tvrdosti přihlédnuto. Pravdivost důvodů lze doložit fotokopii patřičných dokladů. V případě neuvedení důvodu či nedoložení dokladů si je vědom, že při rozhodování o odstranění tvrdosti k tomu bude přihlédnuto.

Prohlášení:

Je mi známo, že o odstranění tvrdosti zákona nebude ani částečně vyhověno, pokud:

- plátce nezaplatí veškeré pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí penále
- plátce vstoupil do likvidace nebo na něj bylo vydáno rozhodnutí o úpadku dle zákona č. 182/2006 Sb., o úpadku a způsobech jeho řešení, v platném znění
- nebude plátcem (OSVČ, zaměstnavatel, pojištěnec jiné ZP) předán řádně vyplněný formulář „Prohlášení k žádosti o odstranění tvrdosti a dodatek k prohlášení“
- pokud je plátce podnikem v potížích nebo působí v odvětví uhelného průmyslu

Současně čestně prohlašuji, že údaje a důvody uvedené v žádosti jsou pravdivé.

V dne Podpis.....

*současně s žádostí je nutné doložit Prohlášení k žádosti o odstranění tvrdosti (Podpora „de minimis“)

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.