VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Žádost o odstranění tvrdosti a prominutí, resp. snížení penále

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

Jméno a příjmení / Název plátce:

Číslo plátce pojistného:

Adresa trvalého pobytu / sídla plátce:

Adresa pro doručování:

Telefon: E-mail: Datová schránka:

Bankovní spojení (pouze v případě vrácení přeplatku):

Žádost podává

◉ Plátce ○ Jiná oprávněná osoba:

zmocněnec na základě plné moci nebo opatrovník (plnou moc či opatrovnictví nutno doložit)

Kategorie plátce

☐ Zaměstnavatel	☐ OSVČ	☐ OBZP
☐ Zaměstnanec	☐ Úřad práce	☐ Důchodce
☐ 0E	☐ Jiná ZP	☐ Jiná kategorie:

U kategorie Zaměstnavatel, OSVČ, 0E (=ukončení pojištění na základě EU Nařízení nebo mezinárodní smlouvy) a Jiná ZP – je současně s žádostí nutné doložit Prohlášení k žádosti o odstranění tvrdosti (Podpora „de minimis“).

☐ Vyměřeného PV č.:	Ze dne:	Ve výši:
☐ Předepsaného VN č.:	Ze dne:	Ve výši:
☐ 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 fotokopiemi 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 předán řádně vyplněný formulář „Prohlášení k žádosti o odstranění tvrdosti a dodatek k prohlášení“ (OSVČ, zaměstnavatel, pojištěnec jiné ZP, 0E)
- pokud je plátce podnikem v potížích nebo působí v odvětví uhelného průmyslu.

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

Vyplněno dne: Podpis plátce či jiné oprávněné osoby