



## ŽÁDOST O ODSTRANĚNÍ TVRDOSTI A PROMINUTÍ, RESP. SNÍŽENÍ PENÁLE - DĚDIC

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

DĚDIC	
Jméno a příjmení / Název	
RČ / IČ	
Adresa TP / Sídlo	
Kontaktní adresa	
Telefon	
E-mail	
Datová schránka	
Bankovní spojení	

ŽÁDOST PODÁVÁM JAKO ZÁSTUPCE I ZA TYTO DĚDICE (na základě přiložené plné moci)	
Jméno a příjmení, OSVČ (ano*/ne)	
Jméno a příjmení, OSVČ (ano*/ne)	

ZEMŘELÝ	
Jméno a příjmení / Název	
Číslo plátce (RČ / IČ)	
Adresa TP / Sídlo (ke dni úmrtí)	

V případě, že byl zemřelý ke dni úmrtí OSVČ - <b>PROHLAŠUJI, ŽE</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Pokračuji (pokračoval/a jsem)*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Nepokračuji (nepokračoval/a jsem)</b>
v samostatně výdělečné činnosti po výše uvedeném zemřelém.	

<b>JAKO DĚDIC ŽÁDÁM O ODSTRANĚNÍ TVRDOSTI ZÁKONA A PROMINUTÍ, RESP. SNÍŽENÍ PENÁLE</b>	
v celkové výši:	

### Důvod žádosti:

.....

.....

### Prohlášení:

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

- **není uhrazeno veškeré pojistné na zdravotní pojištění splatné do dne vydání rozhodnutí o prominutí penále**
- **\*nebude (v případě, že je dědic OSVČ, zaměstnavatelem nebo pojištěncem jiné ZP a pokračuje v SVČ po zemřelém) předán řádně vyplněný formulář „Prohlášení k žádosti o odstranění tvrdosti“ (Podpora „de minimis“)**

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

V ..... dne .....

Podpis.....

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.