

ŽÁDOST O POVOLENÍ SPLÁTEK DLUŽNÉHO POJISTNÉHO

pro OSSZ podle § 20a zákona č. 589/1992 Sb.; pro zdravotní pojišťovnu podle jejích podmínek

Adresát

Okresní (Pražská, Městská) správa sociálního zabezpečení _____

/ Zdravotní pojišťovna: _____ (nehodící se škrtněte a doplňte)

Plátce pojistného (žadatel)

Jméno a příjmení / název: _____

Datum narození / IČO: _____ Variabilní symbol plátce: _____

Adresa / sídlo: _____

ID datové schránky / telefon: _____

Předmět žádosti

Žádám o povolení placení dlužného pojistného a penále ve splátkách.

Výše dluhu na pojistném: _____ Kč Výše penále: _____ Kč

Navrhovaný splátkový kalendář: _____ měsíčních splátek po _____ Kč, počínaje _____.

(U OSSZ nesmí být doba splácení delší než 36 měsíců, § 20a odst. 3 zákona č. 589/1992 Sb. Splátky se platí odděleně od běžných záloh a označují se způsobem určeným v povolení.)

Důvody žádosti

Prohlášení

Prohlašuji, že vůči mně neprobíhá insolvenční řízení, v němž bylo vydáno rozhodnutí o úpadku, a že současně s hrazením splátek budu řádně platit běžné pojistné (zálohy).

V _____ dne _____

podpis plátce pojistného