

ŽÁDOST O VRÁCENÍ PŘEPLATKU NA POJISTNÉM

podle § 17 zákona č. 589/1992 Sb. (sociální pojištění), resp. § 14 zákona č. 592/1992 Sb. (zdravotní pojištění)

Adresát (nehodící se škrtněte)

Okresní správa sociálního zabezpečení _____

Zdravotní pojišťovna: _____, pobočka _____

Plátce pojistného (žadatel)

Jméno a příjmení / název: _____

Datum narození / IČO: _____ Variabilní symbol plátce: _____

Adresa / sídlo: _____

ID datové schránky / telefon: _____

Předmět žádosti

Žádám o vrácení přeplatku na pojistném za období: _____

Výše přeplatku: _____ Kč, případně celý přeplatek evidovaný ke dni vyřízení žádosti.

Důvod vzniku přeplatku: zaplacené zálohy převýšily pojistné podle přehledu / chybná platba / jiný důvod:

Způsob vrácení

Bezhotovostním převodem na účet č. _____ vedený u _____

Alternativně (jen OSVČ, nehodící se škrtněte)

Žádám o použití přeplatku na úhradu záloh na pojistné do budoucna, nejdéle do konce kalendářního roku.

Přeplatek se vrátí jen tehdy, nemáte-li vůči správě sociálního zabezpečení, resp. zdravotní pojišťovně jiný splatný závazek; jinak se použije na jeho úhradu. Podáte-li přehled OSVČ, ze kterého přeplatek vyplývá, považuje se sám o sobě za žádost o vrácení a zvlášť žádat nemusíte (§ 17 odst. 2 zákona č. 589/1992 Sb., § 14 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb.).

V _____ dne _____

podpis plátce pojistného