

BORCLU SİGORTALININ

T.C. KİMLİK NUMARASI :.....
ADI- SOYADI :.....
BAĞ-NO :.....
İKAMETGAH ADRESİ :.....
VERGİ NO (SGDP İÇİN) :.....

TALEP VE TAAHHÜTNAME

1- Sigortalılığım ile ilgili olarak bugüne kadar Kuruma ibraz ettiğim veya edeceğim bilgi ve belgelerin (diğ er sosyal güvenlik kurumlarına tabi olarak geçen sigortalılık süreleri dahil), doğru olduğ una bu bilgilere istinaden oluş an Sosyal Güvenlik Destek Primi (SGDP) borç larımın yapılandırılmasından sonra ortaya çıkabilecek durum değ işikliğı nedeniyle, Kurumca 5458 sayılı Kanun çerçevesinde belirlenecek yeni yapılandırma takvimine göre oluş an fark tutarının aylığı mın 1 / 4' ü veya tamamından kesilebileceğini,

2- Kanun kapsamında yapılandırılan SGDP borç ları mla ilgili olarak tarafı ma ibraz edilen taksit tutarları mla birlikte cari ay SGDP primlerimin de aylığı mdan kesilmesi,

3- Birikmiş SGDP borç larımın yeniden yapılandırılarak ödenebilmesine ilişkin talebimin Kurumunuza verilmesinden önce, SGDP borç larına ilişkin Kurumunuz aleyhine açmış olduğ um davalardan vazgeçmiş olduğ umu ve bundan sonra da konu ile ilgili Kurum aleyhine ihtilaf yaratmayacağımı aksi halde yapılandırma talebimin geçersiz sayılacağı nı,

4- Kurumunuzdaki sigortalılık sürelerime ilişkin olarak birikmiş SGDP borç tutarları mın yeniden yapılandırma kapsamında aylığı mdan kesilebilmesi amacıyla hazırlanmış olan ve tarafı ma ibraz edilen aşağı da borç durumunu gösterir ödeme planında belirtilen sürelerde ve miktarlarda aylığı mdan kesinti yapılmasını,

Kabul ve taahhüt ediyorum. Bu taahhütnameye uygun olarak birikmiş SGDP borç larımın yeniden yapılandırılmasını arz ve talep ederim.

ADI- SOYADI :**İMZA** :**Talep tarihi ve SGDP Borç Tutarı** :**Taksit Sayısı** :**Kesinti Başlangıç Tarihi** :**Kesilmesi Gereken Aylık SGDP Tutarı** :**Varide No** :**Varide tarihi** :

Yetkili İmza

Yetkili İmza