

PLAČILO DODATNE/IZREDNE ENKRATNE PREMIJE



Številka police:

PODATKI O ZAVAROVALCU¹

Ime in priimek/Naziv:

¹Izpolnite v primeru, če sta zavarovalec in plačnik dodatne/izredne enkratne premije različna.

PODATKI O PLAČNIKU DODATNE/IZREDNE ENKRATNE PREMIJE²

Ime in priimek/Naziv:

Matična številka³:

Datum, kraj in država rojstva:

Državljanstvo:

Davčna številka:

Ulica in hišna številka/Sedež (stalni naslov):

Št. pošte in kraj (stalni naslov):

Država (stalni naslov):

Ulica in hišna številka/Sedež (začasni naslov):

Št. pošte in kraj (začasni naslov):

Država (začasni naslov):

Elektronski naslov:

Tel. številka:

Kontaktna oseba (za pravne osebe):

Vrsta osebnega dokumenta: potni list osebna izkaznica

Številka dokumenta:

Datum izdaje:

Veljavno do:

Izdajatelj:

²Če je plačnik dodatne enkratne premije različen od plačnika premije po polici, je treba izpolniti obrazec OBR-ZIV 528 Identifikacija fizične osebe.

³Pri pravnih osebah je potrebno izpolniti tudi obrazec OBR-ZIV 527 Identifikacija pravne osebe.

DODATNA/IZREDNA ENKRATNA PREMIJA

Višina dodatne/izredne enkratne premije:

EUR

RAZDELITEV DODATNE ENKRATNE PREMIJE V IZBRANE NALOŽBE⁴:

želim, da razdelitev dodatne enkratne premije v izbrane naložbe ostane nespremenjena;

želim, da dodatno enkratno premijo razdelite v spodaj navedene izbrane naložbe:

| | | | |
|---------|---|---------|---|
| 1. | % | 2. | % |
| 3. | % | 4. | % |

Če se v skladu z vašo razdelitvijo premije, dodatna enkratna premija naloži v zjamčeni del, bo vezan na Zjamčeno naložbo, ki zagotavlja najmanj 0 % letno donosnost.

V primeru, da izberem novo razdelitev premije, se strinjam, da:

do dokumenta s ključnimi podatki za vlagatelje dostopam prek spletne strani: www.generali.si/informacije-za-vlagatelje;

dokument s ključnimi podatki za vlagatelje prejmem v fizični obliki.

⁴Velja za produkte: ZLATA LETA, Družina Fondpolic, Aktivna renta AS, FONDMAX, VitaFond, KD Družina, KD Pokojnina.

IZVOR SREDSTEV, ki so predmet sklenjenih/sklenjenega zavarovanj/a

prihodki od dela drugo:

Delo, ki ga opravljate:

Zavarovalec po navedeni polici potrjujem prejem pisne seznanitve v skladu s 545. členom Zakona o zavarovalništvu (ZZvar-1).

Kraj in datum:

Podpis plačnika:

Ime in priimek distributerja:

ORGA šifra:

Podpis distributerja: