

## 1. PODATKI O ZAVAROVANCU – ČLANU

Ime in priimek:		
Ulica in hišna številka (stalni naslov):	Št. pošte in kraj (stalni naslov):	Država (stalni naslov):
Ulica in hišna številka (začasni naslov):	Št. pošte in kraj (začasni naslov):	Država (začasni naslov):
Datum, kraj in država rojstva:	Davčna številka:	Državljanstvo:
Elektronski naslov*:	Tel. št.*:	
Številka potrdila/obvestila o vključitvi oziroma police (dopolni): 4000 .....	<input type="checkbox"/> PN LEON 2K (kolektivni pokojninski načrt)	<input type="checkbox"/> PN LEON 2I (individualni pokojninski načrt)

\*Podatek ni obvezen, če želite, ga navedite za enostavnejšo in hitrejšo komunikacijo.

Od dne ..... prosim za naslednje spremembe (sporočite do 20. v mesecu, pred katerim zapade premija).

## 2. SPREMEMBA IMENA/PRIIMKA (izpolnite tudi točko 4 tega zahtevka)

Ime in priimek:

## 3. SPREMEMBA NASLOVA (izpolnite tudi točko 4 tega zahtevka)

stalni naslov  začasni naslov  naslov za pošiljanje pošte

Ulica in hišna številka, številka pošte, kraj in država:

## 4. SPREMEMBA PODATKOV NA OSEBNEM DOKUMENTU (ustrezno označite)

Vrsta dokumenta:	Veljavnost do:	Kraj in datum izdaje:	Št. dokumenta:	Naziv izdajatelja:
<input type="checkbox"/> osebna izkaznica <input type="checkbox"/> potni list				

## 5. SPREMEMBA DINAMIKE IN NAČINA PLAČILA (ustrezno označite)

Nova višina individualne premije: ..... EUR

Nova dinamika plačila:  mesečno  četrletno  polletno  letno

Sprememba načina plačila:  UPN (položnica)\*\*  SEPA direktna obremenitev \*\*\*

\*\*Če že imate aktiviran e-račun za katero koli drugo zavarovanje pri nas oziroma ga boste aktivirali zdaj ali v prihodnosti, velja, da ste ta način izbrali za vse vaše obstoječe in prihodnje obveznosti, ki bi jih želeli plačevati z UPN.

\*\*\*Izpolnite soglasje za izvajanje SEPA direktne obremenitve.

## 6. SOGLASJE ZA IZVAJANJE SEPA DIREKTNE OBREMITVE

Vrsta plačila: mesečno

Periodična obremenitev:  DA

Soglašam in pooblašчам zavarovalnico, da iz mojega osebnega računa SI56 ....., odprtega pri banki ....., posreduje banki nalog za bremenitev. Obremenitev plačevanja računa je 18. v mesecu (v kolikor 18. v mesecu ni delovni dan, se obremenitev izvede naslednji delovni dan). Referenčna številka soglasja ..... Identifikacijska oznaka prejemnika plačila SI18ZZZ88725324; shema SDD je CORE; vrsta plačila je PERIODIČNO. S podpisom tega soglasja pooblašчам prejemnika plačila, da posreduje banki, pri kateri imam odprt račun, nalog za obremenitev mojega računa. Prav tako pooblašчам banko, da obremeni moj račun v skladu z navodili, ki jih posreduje Generali zavarovalnica d. d. Obvezujem se, da bom za poravnavanje obveznosti vsak mesec zagotovil zadostno kritje na osebnem računu in da bom zavarovalnico obvestil o vseh morebitnih spremembah mojega osebnega računa. Soglašam, da ni potrebno dodatno obveščanje o mesečnih obremenitvah. Moje pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani banke, pri kateri imam odprt osebni račun, v skladu s splošnimi pogoji banke. Povračilo denarnih sredstev lahko terjam v roku 8 tednov. Ta rok prične teči, ko je bil obremenjen moj osebni račun. Po treh neizvršenih odtegljajih direktne obremenitve se način plačila preoblikuje v UPN ("položnica"). Pooblašчам zavarovalnico, da izvaja direktno obremenitev tudi v primeru obnovitve zavarovanja in soglašam, da se lahko plačilo premije preko direktne obremenitve izvede nekaj dni kasneje, glede na zgoraj izbrani datum obremenitve. Spodaj podpisani/-a se strinjam, da se zneski direktne obremenitve, ki so bili vrnjeni, poračunajo/vračunajo v zadnja vplačila po zavarovalni pogodbi. Pri prostovoljnem dodatnem pokojninskem zavarovanju LEON 2, v skladu s Pravili KPS LEON 2 in Pokojniskim načrtom PN LEON 2K, oziroma PN LEON 2I, se spodaj podpisani/-a strinjam, da v primeru vračila denarnih sredstev, zavarovalnica poračuna zneske, ki so bili vrnjeni, s stanjem na mojem osebnem računu dodatnega pokojninskega zavarovanja. V primeru nezadostnega stanja na mojem osebnem računu dodatnega pokojninskega zavarovanja, se zavarovalnici zavežujem poravnati nastalo razliko, nezadostno stanje na osebnem računu dodatnega pokojninskega zavarovanja. Spodaj podpisani/-a sem seznanjen/-a in se strinjam, da se direktna obremenitev ukine v primeru, da plačnik zahteva vračilo denarnih sredstev, ki so bila plačana preko direktne obremenitve plačnikovega računa.

## 7. SPREMEMBA UPRAVIČENCA/-EV V PRIMERU SMRTI

Upravičenec (ime in priimek):	Datum rojstva:	Delež odkupne vrednosti (v %, podatek ni obvezen):

## 8. OSTALO/RAZLOG SPREMEMBE:

Ostalo/Razlog spremembe:

## 9. IZJAVA

S podpisom potrjujem točnost podatkov, ki sem jih navedel v zahtevku, in se zavezujem, da bom vsako spremembo osebnih podatkov sporočil upravljavcu v 15 dneh od nastale spremembe. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na [www.generali.si/vop](http://www.generali.si/vop). Seznanjen sem, da se spremembe upoštevajo v skladu z določili Pokojninskega načrta, praviloma s prvim dnevom meseca po prejemu zahtevka na Generali zavarovalnici d.d.

Kraj in datum:

Podpis zavarovanca - člana:

Izpolnjen in podpisan zahtevak ter zahtevano dokumentacijo lahko oddate na najbližji poslovni enoti Generali zavarovalnice d.d. ali jo pošljete:

- na elektronski naslov [obdelava.pokojnina.si@generali.com](mailto:obdelava.pokojnina.si@generali.com) ali

- po pošti na naslov **GENERALI zavarovalnica d.d. (za BO), Kržičeva ulica 3, 1000 Ljubljana.**