

SPREMEMBA PLAČNIKA ALI NAČINA PLAČILA PREMIJE



1. PODATKI O ZAVAROVALCU/PLAČNIKU:

ZAVAROVALEC:

Ime in priimek/Naziv podjetja:	Matična številka:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka/Sedež:	Št. pošte in kraj:	Država:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	
Ime in priimek zakonitega zastopnika družbe (za pravne osebe):	Kontaktna oseba (za pravne osebe):	

PLAČNIK (izpolnite le v primeru, če je plačnik premije druga oseba):

Ime in priimek/Naziv podjetja:	Matična številka:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka/Sedež:	Št. pošte in kraj:	Država:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	

Razmerje med zavarovalcem in plačnikom (izpolnite le v primeru življenjskih zavarovanj)

Če je plačnik fizična oseba:

- Družinski član (sorodstvene, zakonske, partnerske vezi)
 Drugo (navedite):

Če je plačnik pravna oseba:

- Zaposlitveno/vodstveno razmerje
 Družinsko ali osebno razmerje z delničarji
 Drugo (navedite):

Plačnik se zavezuje solidarno z zavarovalcem plačevati zavarovalnici zavarovalno premijo. V primeru vračila preplačane premije, se le-ta vrne na račun plačnika premije. Pri spremembi plačnika je obvezna izpolnitev obrazca Identifikacija fizične oziroma pravne osebe (velja le za življenjska zavarovanja).

2. PODATKI O RAČUNU PLAČNIKA PREMIJE (izpolniti v primeru SEPA direktne obremenitve ali storitve e-računa):

Naziv banke:	Transakcijski račun (IBAN):	SI 56	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ali (če gre za račun v tujini):									
Naziv banke:	BIC/SWIFT:	Transakcijski račun:							
Plačnik premije je:	<input type="checkbox"/> imetnik	<input type="checkbox"/> pooblaščenec navedenega računa							
Premijo želim plačevati vsakega:	<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 18.	<input type="checkbox"/> 28. v mesecu oziroma prvi naslednji delovni dan za naslednje police ali ponudbe:						
Številka police/ponudbe/sklic iz UPN:	, ki je hkrati tudi številka soglasja v primeru SEPA direktne obremenitve ali storitve e-računa.								

3. SPREMEMBA NAČINA PLAČILA PREMIJE (izberite le eno možnost):

SEPA direktna obremenitev – SDD:

Označite izbrano spremembo SDD: odprije SDD ukinitev SDD spremembo računa spremembo datuma odtegljaja

Podatki o zavarovalnici: GENERALI zavarovalnica d.d.

Identifikacijska oznaka zavarovalnice: SI18ZZZ88725324, vrsta plačila: periodično, oznaka sheme SDD: CORE.

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 novodili, ki jih posreduje GENERALI zavarovalnica d.d. Obvezujem se, da bom za poravnavanje obveznosti vsak mesec zagotovil zadostno kritje na osebem 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.

Storitev e-računa

S podpisom te vloge soglašam, da mi izdajatelj e-računa vse račune za obveznosti posreduje v elektronski obliki (označite):

na elektronsko banko na elektronski naslov

Osnova za prejemanje e-računov je:

- odprt transakcijski račun in uporaba spletne banke, ki omogoča prejemanje e-računov,
- prijava pri vaši banki preko vašega bančnika ali prijava preko spletne banke.

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen s Splošnimi pogoji za poslovanje z e-računom in soglašam, da mi izdajatelj e-računa pošilja račune za vse moje obveznosti samo v elektronski obliki na elektronsko banko ali elektronski naslov naveden v tej vlogi. Prav tako potrjujem, da bodo računi poravnani iz navedenega TRR računa. S podpisom te vloge se strinjam z odjavo papirnatih računov, hkrati pa se obvezujem, da bom GENERALI zavarovalnica d.d. sporočal vse spremembe podatkov.

Odtegljaj od plače

Naziv delodajalca:

Davčna številka delodajalca:

Sedež delodajalca:

S podpisom pooblašчам GENERALI zavarovalnica d.d. (zavarovalnica), da zgoraj navedenemu delodajalcu posreduje nalog za obremenitev mojega osebnega dohodka. Prav tako pooblašчам navedenega delodajalca, da obremeni moj osebni dohodek v skladu z navodili, ki jih posreduje GENERALI zavarovalnica d.d. Podpisani se obvezujem, da bom vsak mesec poskrbel za plačilo premije, če tega iz kakršnega koli razloga ne bo storil delodajalec. Obvezujem se, da ne bom preklical izvajanja tega pooblastila brez soglasja zavarovalnice. Pooblašчам zavarovalnico, da izvaja obremenitev mojega osebnega dohodka tudi v primeru obnove zavarovanja.

Soglašam, da ni potrebno dodatno obveščanje o mesečnih obremenitvah osebnega dohodka.

Kraj in datum:

Podpis zavarovalca:

Podpis plačnika: