



ZAHTEVEK ZA SPREMEMBE NAČINA PLAČILA PREMIJE

1. PODATKI O ZAVAROVALCU/PLAČNIKU:

ZAVAROVALEC:

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

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

Priimek in ime/Naziv podjetja:		Davčna številka:
Ulica in hišna številka/Sedež:	Št. pošte in kraj:	Država:
Tel. št.:	Elektronski naslov:	

Plačnik se zavezuje solidarno z zavarovalcem plačevati zavarovalno premijo zavarovalnici Adriatic Slovenica d.d. V primeru vračila preplačane premije, se le-ta vrne na račun plačnika premije.

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

Naziv banke:	Transakcijski račun (IBAN): S156 <input type="text"/>
--------------	--

ali (če gre za račun v tujini):

Naziv banke:	BIC/SWIFT:	Transakcijski račun (IBAN):
--------------	------------	-----------------------------

Plačnik premije je: imetnik pooblaščenec navedenega računa

Premijo želim plačevati vsakega: 8. 18. 28. v mesecu oziroma prvi naslednji delovni dan.

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: odprte SDD ukinitve SDD spremembo računa spremembo datuma odtegljaja

Podatki o prejemniku plačila:

Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d.d. Koper

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila: SL66ZZ63658011, 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 navodili, ki jih posreduje Adriatic Slovenica 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.

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 zavarovalnici Adriatic Slovenica d.d. sporočal vse spremembe podatkov.

Odtegljaj od plače/pokojnine

Naziv delodajalca/ZIPZ:	Sedež delodajalca/ZIPZ:
Davčna številka delodajalca/ZIPZ:	ZIPZ številka plačnika premije (v primeru odtegljaja od pokojnine):

S podpisom pooblašчам Adriatic Slovenico d.d. (zavarovalnica), da zgoraj navedenemu delodajalcu/ZIPZ posreduje nalog za obremenitev mojega osebnega dohodka/pokojnine. Prav tako pooblašчам navedenega delodajalca/ZIPZ, da obremeni moj osebni dohodek/pokojnino v skladu z navodili, ki jih posreduje Adriatic Slovenica.

Podpisani se obvezujem, da bom vsak mesec poskrbel za plačilo premije, če tega iz kakršnega koli razloga ne bo storil delodajalec/ZIPZ. Obvezujem se, da ne bom preklical izvajanja tega pooblastila brez soglasja zavarovalnice. Pooblašчам zavarovalnico, da izvaja obremenitev mojega osebnega dohodka/pokojnine tudi v primeru obnove zavarovanja. Soglašam, da ni potrebno dodatno obveščanje o mesečnih obremenitvah osebnega dohodka/pokojnine.

Kraj in datum:	Podpis zavarovalca:	Podpis plačnika:
----------------	---------------------	------------------