

SPORAZUM O PLAČILU PREMIJE

Zavarovalec/Zavarovanec

Ime Priimek
 Naslov (ulica/kraj) Hišna št.
 Pošta Poštna št.
 EMŠO Št. police Št. KZZ

Naziv zavarovanja:

- Dopolnilno zdravstveno zavarovanje
 Nadstandardno zdravstveno zavarovanje

SPODAJ PODPISANI PRIJAVLJAM SPREMEMBO

Plačnika premije*

Ime Priimek
 Naslov (ulica/kraj) Hišna št.
 EMŠO Davčna št.

*Potrjujem in soglašam, da prevzemam obveznost plačila premije po zgoraj navedeni polici od
 (mesec, leto) dalje..*

.....
(Podpis plačnika)

*Pri spremembi plačnika premije, se mora še obvezno izpolniti spodaj navedene podatke.

Oblike plačila

Zavarovalno premijo želim od (mesec, leto) plačevati preko (označi):

- ODP (odtegljaja od plače) pri podjetju:
 (naziv podjetja)
- TRA (trajnega naloga -obvezno izpolniti Pooblastilo banki za izvajanje DB)
- RAC (računa)
- POL (položnice)
- ZAS (zastopnika)
- pokojnine ZPIZ-a: Št. upravičenca
- Sklada obrtnikov in podjetnikov Ljubljana

Plačevanja premije

Želim plačevati (označi):

- Letno premijo (letno plačilo)

Spremembo plačevanja letne premije se izvrši ob letni skadenci police, tj. od dne.....

Mesečno premijo (plačilo): 2 x letno 4 x letno 12 x letno

Referent zdravstvenih zavarovanj:

Zavarovalec/Zavarovanec:

Kraj, dne