

## Soglasje za izvajanje SEPA direktne obremenitve

v nadaljevanju SDD

ZAVAROVANEC		PLAČNIK (izpolni le v primeru, ko je plačnik premije druga oseba)		
Ime:		Ime:		
Priimek:		Priimek:		
Naslov:		Naslov:		
Pošta in kraj:		Pošta in kraj:		
Davčna številka:		Davčna številka:		
Telefon:		Telefon:		
Elektronski naslov:		Elektronski naslov:		
Številka računa: <b>SI56</b>		odprt pri		
ID BANKE (SWIFT BIC za banke izven države plačnika):				
Želim: (označite)	odprtje SDD	ukinitve SDD	spremembo računa	spremembo datuma odtegljaja
Premijo želim plačevati vsakega:	8.	18.	28.	v mesecu oziroma prvi naslednji delovni dan
Številka police/ponudbe (11-mestna) ali številka sklica (13-mestna) s položnice je hkrati tudi številka soglasja:		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____ Št. police/ponudbe _____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____ Št. sklica _____</span> </div>		

### Podatki o prejemniku plačila:

#### Adriatic Slovenica Zavarovalna družba d.d. Koper

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila: SI66ZZZ63658011

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. Moje pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani banke, pri kateri imam odprt račun v skladu s splošnimi pogoji banke. Povračilo denarnih sredstev lahko terjam v roku 8 tednov. Ta rok prične teči od dne, ko je bil obremenjen moj račun.

Podpisani se obvezujem, da bom za poravnavanje obveznosti zagotovil/a vsak mesec zadostno kritje na osebnem računu.

Pooblašчам zavarovalnico, da izvaja direktno obremenitev tudi v primeru obnovitve zavarovanja. Soglašam, da ni potrebno dodatno obveščanje o mesečnih obremenitvah.

Prav tako soglašam, da se lahko plačilo premije preko direktne obremenitve izvede nekaj dni kasneje, glede na zgoraj izbrani datum obremenitve.

Datum in kraj podpisa soglasja:

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis zavarovanca:

Podpis plačnika (če je različen od zavarovanca):