



Soglasje za direktno obremenitev SEPA (SDD)

*Ime in priimek plačnika: _____

*EMŠO:

*Naslov za prejemanje pošte: _____

*Poštna št.: *Kraj: _____

Številka plačilnega računa: SI56

Vzpostavitev SDD Sprememba SDD** Ukinitvev SDD***

| Ime in priimek zavarovanca | Številka zavarovalne police | Naziv zavarovalnega produkta |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

S podpisom tega soglasja potrjujem pravilnost izpolnjenih podatkov in pooblašam Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z. (v nadaljevanju Vzajemna), da posreduje navodila banki za obremenitev mojega plačilnega računa in pooblašam banko, da do preklica SDD vsakega (ustrezno obkrožite): 8., 18., 28. v mesecu obremeni moj plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje Vzajemna.

Izjavljam, da moj plačilni račun ni blokiran in se obvezujem, da bom na njem zagotovil/a zadostno kritje za poravnavanje svojih obveznosti. Izjavljam, da v primeru, da bi banka sporočila Vzajemni, da zneska moje obveznosti za določeno obdobje z mojega računa iz kateregakoli razloga ne bo odtegnila, bom svoje obveznosti plačeval/a z univerzalnim plačilnim nalogom (UPN) ali na drug način, ki ga določi Vzajemna, in bom poravnal/a tudi dodatne obveznosti, ki izhajajo iz zamujenega plačila.

Se obvezujem, da bom do otvoritve SDD svoje obveznosti plačeval/a z univerzalnim plačilnim nalogom (UPN).

Soglašam, da bom po preklicu SDD kot plačnik še naprej plačeval/a svoje obveznosti do Vzajemne oziroma uredil vse potrebne spremembe plačnika na sedežu Vzajemne.

Dovoljujem, da Vzajemna obdeluje in si z banko izmenjuje moje osebne in druge podatke, ki so potrebni za izvajanje tega soglasja.

* Podatki so obvezni za vzpostavitev/spremembo/ukinitvev SDD, vključno s podpisom plačnika. V kolikor niso vneseni, se šteje soglasje kot neveljavno.

** Se strinjam, da se zavarovanja iz tega soglasja v primeru spremembe SDD vključijo na SDD prek katere že imam urejeno plačevanje za druga zavarovanja.

*** Se strinjam, da Vzajemna v primeru ukinitve SDD preneha s poravnavanjem obveznosti z mojega plačilnega računa.

Za izvajanje SDD storitev veljajo splošni pogoji bank s katerimi se lahko seznanite pri svoji banki. Vzajemna si pridržuje pravico ukinitve soglasja za SDD v primeru treh zaporedno neuspešno izvedenih SDD.

Prosimo, da izpolnjeno in podpisano soglasje pošljete na naslov:

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.
Vošnjakova ulica 2
1000 Ljubljana

Izpolnjeno in podpisano soglasje lahko pošljete tudi na elektronski naslov: trajniki@vzajemna.si ali po faksu na številko 01 47 18 853.

Podpis plačnika (imetnika računa)*: _____

Vaša telefonska številka na kateri ste dosegljivi v primeru nejasnosti: _____

Kraj in datum*: _____