

Soglasje za direktno obremenitev SEPA

Imetnik računa

priimek in ime: _____ Davčna številka: _____
ulica in hišna številka: _____
poštna št. in naziv pošte: _____

s podpisom tega soglasja pooblašчам upnika: **Zavarovalnica Sava d.d.**
Ulica Eve Lovše 7
2000 Maribor

da pod pogoji, določenimi z **vsakokratno zavarovalno pogodbo** in v skladu s pogoji **osnovne sheme direktnih obremenitev SEPA (SDD)**, do **izrecnega preklica soglasja** posreduje navodila mojemu ponudniku plačilnih storitev (banki oz. hranilnici), ki naj obremeni moj plačilni račun

številka računa: **SI56**
naziv banke: _____ BIC banke _____
naslov banke: _____

V dobro računa Zavarovalnice Sava d.d.

(Označi)	TIP ZAVAROVANJA	TRR Zavarovalnice Sava d.d.
<input type="checkbox"/>	Osebna zavarovanja	SI56 0247 0001 1030 576
<input type="checkbox"/>	Osebna naložbena zavarovanja	SI56 0451 5000 1049 078
<input type="checkbox"/>	Prizma Hibrid	SI56 0451 5000 1786 666
<input type="checkbox"/>	Ostala (premoženjska) zavarovanja	SI56 0451 5000 0512 086

Podatki za identifikacijo soglasja

identifikacijska oznaka prejemnika plačila: **SI21ZZZ44814631**
vrsta plačila: **periodična obremenitev**
dan obremenitve: **18. v mesecu**

Imetnik računa potrjujem resničnost in pravilnost podatkov navedenih na soglasju, ter se zavežujem, da bom upniku takoj sporočil, v kolikor se bodo le-ti spremenili. S tem soglasjem potrjujem, da sem seznanjen s številom ter višino posameznih obrokov zavarovalne premije po **vsakokratni** zavarovalni pogodbi. Imetnik računa se zavežujem, da bom vsak mesec zagotovil zadostno kritje na računu za poravnavo direktnih obremenitev. V nasprotnem primeru se kot imetnik računa zavežujem, da bom sam poravnal zapadle obroke. Soglašam, da si v primeru neveljavnega ali preklicanega soglasja zavarovalnica pridržuje pravico, da spremeni način plačila za neporavnane obroke na plačilni nalog (UPN). V primeru, da imetnik računa nisem tudi sklenitelj zavarovanja, se zavežujem, da kot solidarni porok odgovarjam za plačilo celotne obveznosti iz zavarovalnih pogodb vezanih na to soglasje. Ta klavzula ne velja za zavarovalne pogodbe življenjskih zavarovanj.

Izjavljam, da sem seznanjen, da so pravice v zvezi z zgornjim soglasjem navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobim pri svojem ponudniku plačilnih storitev (banki oz. hranilnici) in da obsegajo tudi pravico do ugovora in do povračila denarnih sredstev s strani mojega ponudnika plačilnih storitev v skladu s splošnimi pogoji mojega ponudnika plačilnih storitev.

V/na _____ dne _____
(kraj) (datum)

(podpis in žig zastopnika)

(podpis imetnika računa)

Zavarovalni posli ob podpisu soglasja in predviden datum prvega obroka - samo v informacijo:

Zš.	Tip	Številka
1		
2		
3		
4		
5		

Predviden datum prvega obroka _____