

Soglasje za direktno obremenitev

Nalog: **Shema:** **Vrsta plačila:**

Podatki o plačniku:

Ime in priimek:

Naslov:

Številka računa: odprt pri banki:

Podatki o prejemniku plačila:

Naziv in naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva cesta 19, 1000 Ljubljana, Slovenija

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila (CI): SI41ZZZ80040306

Številka računa: SI56 0510 0800 0104 170

Spodaj podpisani plačnik pooblašča prejemnika plačila, pri katerem imam obveznosti plačila zavarovalne premije po dokumentu številka:, da v mojem imenu in za moj račun banki predloži nalog za obremenitev mojega računa vsakega v mesecu oz. prvi naslednji bančni delovni dan. Soglasje velja do preklica, poteka ali prekinitve zavarovanja.

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.

Spodaj podpisani se obvezujem, da bom za poravnavanje obveznosti zagotovil vsak mesec zadostno kritje na računu in da bom zavarovalnico obvestil o vseh morebitnih spremembah mojega računa. Soglašam, da prejemniku plačila ni potrebno izvajati mesečnih obveščanj o višini obremenitve. Strinjam se, da si banka in zavarovalnica lahko izmenjujeta moje osebne podatke za izvajanje tega soglasja.

Kraj in datum:

.....
Plačnik

.....
Za zavarovalnico

Soglasje za direktno obremenitev

Nalog: **Shema:** **Vrsta plačila:**

Podatki o plačniku:

Ime in priimek:

Naslov:

Številka računa: odprt pri banki:

Podatki o prejemniku plačila:

Naziv in naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva cesta 19, 1000 Ljubljana, Slovenija

Identifikacijska oznaka prejemnika plačila (CI): SI41ZZZ80040306

Številka računa: SI56 0510 0800 0104 170

Spodaj podpisani plačnik pooblašča prejemnika plačila, pri katerem imam obveznosti plačila zavarovalne premije po dokumentu številka:, da v mojem imenu in za moj račun banki predloži nalog za obremenitev mojega računa vsakega v mesecu oz. prvi naslednji bančni delovni dan. Soglasje velja do preklica, poteka ali prekinitve zavarovanja.

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.

Spodaj podpisani se obvezujem, da bom za poravnavanje obveznosti zagotovil vsak mesec zadostno kritje na računu in da bom zavarovalnico obvestil o vseh morebitnih spremembah mojega računa. Soglašam, da prejemniku plačila ni potrebno izvajati mesečnih obveščanj o višini obremenitve. Strinjam se, da si banka in zavarovalnica lahko izmenjujeta moje osebne podatke za izvajanje tega soglasja.

ARHIVSKA KOPIJA

Kraj in datum:

.....
Plačnik

.....
Za zavarovalnico