



## Obrazec za spremembo načina plačevanja premije

Prosimo, da natisnjen obrazec izpolnite ČITLJIVO s tiskanimi črkami in ga OBVEZNO podpišite. Obrazec pošljite na naš naslov (glejte poslovalnice Vzajemne).

## Obstoječi podatki na zavarovalni polici

**Sklenitelj zavarovanja (zavarovalec)**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega bivališča:

Naslov za pošiljanje pošte:

Datum rojstva: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]      Davčna številka: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]      Številka KZZ: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
(devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

Elektronski naslov: Telefonska / GSM številka:

**Zavarovana oseba (zavarovanec)**

**Izpolnite le, če sta zavarovalec in zavarovanec različni osebi.**

Ime in priimek:

Naslov stalnega bivališča: \_\_\_\_\_

Naslov za pošiljanje pošte: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: . . Številka KZZ: (devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja)

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_ Telefonska / GSM številka: \_\_\_\_\_

## Sprememba načina plačevanja premije

Želim, da Vzajemna d.v.z.. izvede naslednje spremembe na zavarovalni polici.

Zavarovanie:

**Sprememba frekvence plačevanja premije (označite)**

Številka police:

☐ mesečno    ☐ kvartalno    ☐ polletno    ☐ letno

☐ Želim spremembo na vseh veljavnih policah.

**Sprememba plačilnega instrumenta (označite)**

☐ posebna položnica (UPN)

☐ odtegljaj pri pokojnini: \_\_\_\_\_ (obvezno vpišite 10- mestno številko upravičenca) **Podpis imetnika pokojnine:** \_\_\_\_\_

☐ direktna bremenitev transakcijskega računa (prosimo izpolnite SEPA obrazec, ki se nahaja na naši spletni strani)

☐ e-račun želim prejemati:

☐ v spletno banko SI56

☐ na elektronski naslov: \_\_\_\_\_  
(elektronski naslov za pošiljanje e-računov v pdf obliki)

Osnova za prejetje e-računov je odprt transakcijski račun in uporaba spletne banke, ki omogoča prejemanje e-računov. Obrazec se nahaja tudi na naši spletni strani. S podpisom potrjujem, da sem seznanjen s Splošnimi pogoji za poslovanje z e-računom in soglašam, da mi izdajatelj e-računa pošilja račune samo v elektronski obliki na elektronsko banko oziroma elektronski naslov naveden v tej vlogi. S podpisom te vloge se strinjam z objavo papirnatih računov, hkrati pa se obvezujem, da bom Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. sporočal vse spremembe podatkov.

V primeru, da bi želeli plačevati premijo z odtegljajem pri plači, to spremembo uredite pri svojem delodajalcu.

Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si).

Kraj in datum:

Podpis:

Izpolni Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Kraj, datum: \_\_\_\_\_

Obrazec prevzel: