



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.

Zavarovanje: _____

Številka police: _____

Sprememba frekvenca plačevanja premije (označite)

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: _____

e-račun želim prejemati:
 v spletno banko SI56 [][][][][][][][][][][][][][][][][][]
 na elektronski naslov: _____
(elektronski naslov za pošiljanje e-računov v pdf obliki)

Osnova za prejemanje 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 odjavo 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 **direktno obremenitvijo transakcijskega računa** je potrebno izpolniti **SEPA obrazec**, ki se nahaja na naši spletni strani. Enako velja za ukinitvev direktne bremenitve.

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.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____