

Soglasje za direktno obremenitev SEPA št. soglasja _____
(davčna št. plačnika - št. ponudbe/police)

Namen:

- Odprtje
 Sprememba
 Ukinitev

S podpisom tega obrazca pooblašate (A) Vita, življenjska zavarovalnica, d.d., da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje (A) Vita, življenjska zavarovalnica, d.d.. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev s strani vašega ponudnika plačilnih storitev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun.

Ime in priimek/Naziv plačnika: _____
Ime in priimek/Naziv, če je pravna oseba

Stalni naslov/Sedež: _____,

Št. transakcijskega računa: _____
IBAN in SWIFT oz. BIC

Naziv prejemnika plačila: Vita, življenjska zavarovalnica, d.d.

Identifikacijska oznaka prejemnika: SI17ZZZ70292825

Sedež: Trg republike 3
1000 Ljubljana
Slovenija

Vrsta plačila: Periodična obremenitev

Namen: Plačilo zavarovalne premije

Številka ponudbe: _____

Dan plačila v mesecu: 8./18./28.

Vaš zahtevek bo zavarovalnica obravnavala najkasneje v roku 8 dni po prejemu.

Vse pravice v zvezi s soglasjem so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.

Kraj, datum : _____

Plačnik:

Ime in priimek

(podpis plačnika)