GRAWE zavarovalnica d.d.

Prosimo, izpolnite v treh izvodih s tiskanimi črkami, ustrezno **prekrižajte.**

Soglasje za direktno obremenitev SEPA

Podpisani/-a _____

Naslov _____

Poštna št. in kraj _____

Pooblaščam banko _____

da z mojega računa št.: SI56 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

nakazuje ☐ mesečne ☐ kvartalne ☐ polletne ☐ letne

obroke za zavarovanje na GRAWE zavarovalnico d.d. vsakega ☐ **15.** ali ☐ **28.** v mesecu.

Namen nakazila (izpolni GRAWE): _____

Življenjsko zavarovanje

račun št. SI56 2900 0005 1376 780 - obrok: _____ EUR

Premoženjsko, avtomobilsko in nezgodno zavarovanje

račun št. SI56 2900 0010 1901 946 - obrok: _____ EUR

Naložbeno življenjsko zavarovanje

račun št. SI56 2900 0015 1376 796 - obrok: _____ EUR

Številka zavarovalne police oz. ponudbe: _____

Soglasje velja do preklica oz. prekinitve zavarovanja.

Zavezujem se, da bom zagotovil/-a zadostno kritje na mojem računu za poravnavo obveznosti po zgoraj navedeni zavarovalni polici, pred zapadlostjo obroka (mesečno, kvartalno, polletno ali letno). V nasprotnem primeru bom poravnal/-a obveznosti do datuma zapadlosti sam/-a.

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen/-a s postopkom otvoritve direktne obremenitve SEPA. Do vzpostavitve direktne obremenitve na banki bo zavarovalnica pošiljala zavarovancu plačilne naloge. V kolikor premije ne bodo poravnane pravočasno in ob morebitnem izpadu plačil naslednjih obrokov iz direktne obremenitve soglašam, da GRAWE zavarovalnica d.d. obremeni moj račun v celotnem znesku zapadlih premij.

V_____, dne _____ _____

Podpis imetnika TRR

SEPA Direct Debit Mandate

Referenčna oznaka soglasja - izpolni prejemnik plačila

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐