



Soglasje za direktno obremenitev SEPA / elektronski račun

Številka pogodbe _____, sklenjena pri: _____ Triglav, pokojninska družba, d.d. _____ Zavarovalnica Triglav, d.d.

I. Podatki o osebi

VSA POLJA USTREZNO IZPOLNITE ALI OZNAČITE S KRIŽCEM [X]

Podatki o imetniku računa (plačniku):

IME IN PRIIMEK		DAVČNA ŠTEVILKA		
NASLOV (STALNI ALI ZAČASNI)	POŠTNA ŠT.	POŠTA		
ŠTEVILKA PLAČILNEGA RAČUNA				
IBAN: SI56				
ELEKTRONSKI NASLOV		MOBILNA TELEFONSKA ŠTEVILKA		
VRSTA OS. DOKUMENTA	ŠT. OS. DOKUMENTA	VELJA OD	VELJA DO	UE, KI JE DOKUMENT IZDALA

OZ. DO PISNEGA PREKLICA.

Podatki o plačilu

ZNESEK MESEČNE PREMIJE	NAKAZOVANJE SE PRIČNE V (MESEC, LETO)	IN PRENEHA (MESEC, LETO)
------------------------	---------------------------------------	--------------------------

Podatki o članu (osebi v imenu katere se vrši plačilo). Izpolnite le v primeru, da imetnik računa (plačnik) in član nista isti osebi:

IME IN PRIIMEK		DAVČNA ŠTEVILKA	
NASLOV (STALNI ALI ZAČASNI)	POŠTNA ŠT.	POŠTA	

Soglasje za direktno bremenitev

Imetnik računa (pooblastitelj) s podpisom soglasja dovoljujem, da banka vsakega 18. v mesecu oz. prvi naslednji bančni delovni dan izvede obremenitev zgoraj navedenega računa za plačilo zneska premije v višini, kot je določena v sklenjeni zavarovalni pogodbi med zavarovalcem in zavarovalnico. Strinjam se, da me bo zavarovalnica posebej obveščala le o vsaki spremembi višine zavarovalne premije, in sicer vsaj 14 dni pred datumom obremenitve računa. Vsa nadomestila in stroške za opravljene storitve po tem soglasju bo banka zaračunavala v skladu z vsakokrat veljavno tarifo banke. Pooblastitelj pooblašča banko, da za poravnavo teh obveznosti obremeni zgoraj navedeni račun. Pooblastitelj se obvezujem, da bom za poravnavanje obveznosti vsak mesec zagotovil kritje na zgoraj navedenem osebnem računu.

Ugovor ali preklic plačila: Če se pooblastitelj z direktno obremenitvijo ne strinja, lahko poda ugovor pri zavarovalnici ali preklic pri matični banki. Zavarovalnica prejeti ugovor upošteva tako, da podatkov o direktni obremenitvi ne posreduje banki. Če je ugovor določenega plačila posredovan matični banki najmanj dva dni pred plačilom, banka ne bo izvršila tega plačila. Banka bo upnika o preklicu plačila obvestila v elektronski obliki. Preklic se nanaša na točno določeno plačilo obveznosti in ne pomeni ukinitve soglasja.

Povračilo: Pooblastitelj, ki je fizična oseba, lahko pri matični banki zahteva povračilo zneska že izvršene direktne obremenitve, in sicer v roku osem tednov po izvršitvi (če je plačnik podal soglasje brez točnega zneska direktne obremenitve ali če ta znesek presega pričakovani znesek) oziroma v roku trinajst mesecev po dnevu direktne obremenitve v primeru neodobrene ali nepravilno izvršene direktne obremenitve. Pooblastitelj se v primeru prekinitve zavarovanja odpoveduje pravici zahtevati povračilo plačanih premij pri banki, saj bo navedeno uredil z zavarovalnico v skladu z določili zavarovalnih pogojev.

Imetnik računa se zavezujem, da bom v primeru neizvedbe direktne obremenitve oziroma elektronskega računa nastali dolg pri zavarovalnici poravnal sam. Strinjam se, da si banka in zavarovalnica izmenjujeta osebne podatke, potrebne za izvajanje tega soglasja.

Soglašam, da me prejemnik plačila pred izvršitvijo mesečne obremenitve ne obvešča.

Elektronski račun

Imetnik računa soglašam, da mi izdajatelj Zavarovalnica Triglav d.d. in Triglav, pokojninska družba, d.d. do odjave vse račune posreduje samo v elektronski obliki v elektronsko banko na navedeni račun. Izdajatelju jamčim za resničnost vseh podatkov na tem obrazcu in se zavezujem, da mu bom sporočal vsako spremembo podatkov, ki bi vplivala na prejem elektronskega računa.

Izpolnjen in podpisan obrazec pošljite na naslov Zavarovalnico Triglav, d.d., Osebna zavarovanja, Dunajska cesta 22, 1000 Ljubljana. Za dodatne informacije pokličite na 080 555 555 ali pišite na info@triglav.si.

Zahtevek prejet 8 dni pred iztekom koledarskega meseca bo izveden z začetkom veljavnosti 1. v naslednjem koledarskem mesecu.

II. Deklaracija

1. Član jamči za resničnost, točnost in popolnost podatkov. Dolžan je skrbeti za njihovo veljavnost in ažurnost. Pisno zahtevo za spremembo elektronskega naslova oz. za preklic elektronskega obveščanja lahko posreduje na spodaj navedeni naslov zavarovalnice oz. pokojninsko družbe.
2. Član s podpisom potrjuje seznanjenost, da bo lahko v bodoče na elektronski naslov prejemal obvestila o stanju sredstev na osebnem računu, udeležbi pri dobičku, donosnosti, spremembi košarice skladov pri izbrani naložbeni strategiji, prevrednotenju, spremembi pravil upravljanja in druga obvestila ter dokumente v zvezi z izvajanjem zavarovalnih pogodb.
3. Elektronski način obveščanja bo obsegal vsa življenjska in pokojninska zavarovanja, ki jih ima sklenjena ali jih bo v prihodnje sklenil pri Zavarovalnici Triglav, d.d. in Triglav, Pokojninski družbi, d.d., razen če bo zahteval drugače.
4. S posredovanjem obvestil in drugih podatkov na zgoraj navedeni elektronski naslov je obveznost zavarovalnice oz. pokojninske družbe v celoti izpolnjena.
5. Član s podpisom izrecno dovoljuje, da Zavarovalnica Triglav, d.d. in Triglav, Pokojninska družba, d.d. za namene preverjanja verodostojnosti podatkov, pri upravljalcih javnih evidenc oziroma pri pristojnih organih držav članic ali tretjih držav, konzularnih predstavništvi in veleposlaništvih teh držav v Republiki Sloveniji oziroma pri slovenskem ministrstvu, pristojnem za zunanje zadeve, preverjata verodostojnost navedb, podanih na tem zahtevku. Član je seznanjen, da se lahko podatki o tem zavarovanju posredujejo davčnemu organu RS, ter so ti podatki lahko izmenjajo s pristojnimi organi drugih držav, v katerih je rezident za davčne namene, v skladu z ZDavP-2 in mednarodnimi dogovori o izmenjavi informacij za davčne namene. V skladu z ZPPDFT-1 so lahko podatki poslani tudi Uradu za preprečevanje pranja denarja.
6. Zavarovalnica Triglav, d.d., in Triglav, Pokojninska družba, d.d., v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavita, vodita in vzdržujeta v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, dodatno pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter zavarovalništvo, ZPPDFT-1 in davčno zakonodajo obdelujeta osebne podatke članov, pridobljene za namen sklepanja in izvajanja pogodbe. S soglasjem člana se lahko njegovi osebni podatki obdelujejo tudi za namene, za katere posebej privoli. Osebni podatki članov se bodo za namen sklepanja in izvajanja pogodbe, skladno z zakonodajo, izmenjevali med Zavarovalnico Triglav, d.d. in Triglav, pokojninsko družbo, d.d., in sicer v skladu z dogovorom o skupnem upravljanju osebnih podatkov, sklenjenim med obema družbama, za katerega vsebino lahko član kontaktira pooblaščen osebo za varstvo osebnih podatkov na e-naslov dpo@triglav.si ali dpo@triglavpokojnine.si. Na navedena naslova lahko sporoči tudi druga vprašanja ali zahteve v zvezi z varstvom osebnih podatkov. Osebni podatki, pridobljeni na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, se hranijo do poteka zakonskih rokov hrambe. Več informacij o varstvu osebnih podatkov je zbranih v Informacijah o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj, do katerih lahko član dostopa s QR kodo na obrazcu, ter v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si za Zavarovalnico Triglav, d.d., in www.triglavpokojnine.si za Triglav, Pokojninsko družbo, d.d. Član lahko na zgoraj navedeni e-naslov kontaktira zavarovalnico oz. pokojninsko družbo in zahteva posredovanje tiskanega izvoda prej navedenih dokumentov.
7. Član je dolžan zavarovalnico oz. pokojninsko družbo obvestiti o svoji morebitni preselitvi v tujino in ji nemudoma sporočiti tudi vse spremembe podatkov, ki so lahko pomembne za presojo davčne obveznosti (predvsem rezidentstvo in tuja davčna številka) in politične izpostavljenosti. Pravna oseba je dolžna zavarovalnico oz. pokojninsko družbo obvestiti o morebitnih spremembah sedeža in organizacije ter o spremembi strukture lastnikov, relevantnih za presojo davčne in drugih obveznosti glede preprečevanja pranja denarja.
8. Član s podpisom potrjuje prejem pisnega obvestila po 545. členu Zakona o zavarovalništvu (ZZavar-1).



Informacije o obdelavi osebnih podatkov pri sklepanju in izvajanju zavarovanj.

Kraj in datum: _____ Podpis člana: _____

Podpis imetnika računa (če imetnik računa in član nista isti osebi): _____