

Zahtevek za ukinitvev direktne obremenitve SEPA (SPD-03L)

PODATKI O IMETNIKU RAČUNA (PLAČNIKU):

Ime in priimek:

Stalni ali začasni naslov:

Davčna številka

Številka pogodbe:

Številka plačilnega računa IBAN:

Zahtevam ukinitvev obremenitve SEPA z mojega osebnega računa, s katero plačujem premijo za dodatno pokojninsko zavarovanje.

Ukinitvev velja z mesecem:

V kolikor ne navedete meseca ukinitvev, velja ukinitvev s prihodnjim mesecem od dneva prejema zahtevka.

Izpolnjen in podpisan obrazec pošljite na naš naslov, Skupna pokojninska družba d.d., Dunajska cesta 22, 1000 Ljubljana.
Za dodatne informacije pokličite 080 80 87 ali pišite na info@skupna.si.

Izjavljam, da so vsi podani podatki popolni in resnični in dovoljujem, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov in zakonom, ki ureja zavarovalništvo, osebni podatki iz zavarovanja obdelujejo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi vodi in vzdržuje Skupna pokojninska družba d.d..

Kraj in datum:

Podpis člana:

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