



Pristopna izjava za kolektivno nezgodno zavarovanje članic in članov ŽNK Primorje Ajdovščina

Podatki zavarovanca:		
Ime in priimek:	Datum rojstva:	Davčna številka:
Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna št., poštna št., kraj):		
GSM številka ² :	Elektronski naslov ² :	
Soglašam z izjavo o neposrednem trženju ¹ (označite): <input type="checkbox"/> DA Če izjave ne izberete, to ne pomeni, da ste morebitno predhodno podano privolitev preklicali.		
Želim se vključiti v program Varuha zdravja (označite): <input type="checkbox"/> DA Če ste že v programu Varuh zdravja, vam tega ni potrebno označiti.		

Podatki o zakonitem zastopniku zavarovanca, če je zavarovanec mlajši od 15 let:		
Ime in priimek:	Datum rojstva:	Davčna številka:
Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna št., poštna št., kraj):		
GSM številka ² :	Elektronski naslov ² :	
Soglašam z izjavo o neposrednem trženju ¹ (označite): <input type="checkbox"/> DA Če izjave ne izberete, to ne pomeni, da ste morebitno predhodno podano privolitev preklicali.		
Želim se vključiti v program Varuha zdravja (označite): <input type="checkbox"/> DA Če ste že v programu Varuh zdravja, vam tega ni potrebno označiti.		

¹ Soglasje zavarovanca za neposredno trženje

S podpisom - izbirno te izjave dajem Vzajemni do preklica privolitev za obdelavo mojih osebnih podatkov, ki jih obdeluje na podlagi sklenjenih zavarovalnih pogodb, vključno s podatki iz obrazca za ugotavljanje potreb in zahtev, moje vključitve v program Varuh zdravja, sodelovanja pri nagradnih igrah in dogodkih v organizaciji ali so-organizaciji Vzajemne (teki, maratoni in drugi dogodki), moje uporabe spletnih storitev Vzajemne, mojih drugih poslovnih interakcij z Vzajemno, brez podatkov o zdravstvenem stanju, za namen neposrednega trženja, ki vključuje oblikovanje meni prilagojenih ponudb na podlagi ocenjevanja in predvidevanja mojih interesov, ekonomskega položaja, potreb ipd. prek navadne in elektronske pošte, kratkih SMS in MMS sporočil in telefona. Seznanjen sem z možnostjo, da lahko dano privolitev kadarkoli prekličem. To lahko storim s pisno izjavo, naslovljeno na Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, oziroma na info@vzajemna.si ali na telefonski številki 080-20-60. Vzajemna bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehala najkasneje v 15 dneh po njenem prejemu.

² Kontaktna podatka se bosta uporabljala za namen izvajanja zavarovanja, elektronski naslov pa tudi za namen neposrednega trženja skladno z legitimnim interesom Vzajemne. Če ne želite, da se elektronski naslov uporablja za namen neposrednega trženja, to sporočite na info@vzajemna.si.

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanca s podpisom potrjujem, da se želim vključiti v kolektivno nezgodno zavarovanje, skladno s to pristopno izjavo. Premijo bo v celoti plačal ŽND Primorje Ajdovščina, pravice iz zavarovanja pa lahko uveljavljam zavarovanec sam, skladno s SP-KNE-21.

KRITJA	ZAVAROVALNA VSOTA	Letna premija/ zavarovanca ³
Trajna invalidnost od 1% dalje	25.000 EUR	37,30 EUR
Izplačilo v primeru 100% trajne invalidnosti	75.000 EUR	
Enkratno nadomestilo za bolnišnično zdravljenje	250 EUR	
Stroški zdravljenja	1.250 EUR	

³ Letna premija že vključuje 8,5 % davek od prometa zavarovalnih poslov

Izjave in soglasja:

S to pristopno izjavo podpisani potrjujem, da sem seznanjen, da so Dokumenti z informacijami o zavarovalnem produktu na voljo na www.vzajemna.si. Hkrati potrjujem, da sem seznanjen in sprejemam Splošne pogoje kolektivnega nezgodnega zavarovanja SP-KNE-21, ki so dostopni na www.vzajemna.si. Dovoljujem, da posredovane osebne podatke obdelujeta delodajalec in Vzajemna, d.v.z., in sicer za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja skladno s to pristopno izjavo. Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na www.vzajemna.si. Izjavljam, da so vsi na pristopni izjavi podani podatki popolni in resnični. Podpis zavarovanca/zavarovalca na tej pristopni izjavi nadomešča podpis na polici.

***Podpis zavarovanca(zakonitega zastopnika): _____ Kraj in datum: _____**

^{*} Podpiše se zakonec / partner zaposlenega in / ali otrok od dopolnjenega 18. leta starosti. Za mladoletnega otroka se podpiše starš ali skrbnik.