



Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana  
 Telefon: 080 20 60, ID za DDV Vzajemne: SI87984385, Matična št.: 1430521  
 Družba je vpisana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, št. reg. vložka 1/32396/00  
 Osnovni kapital: 3.138.040,39 EUR, Št. transakcijskega računa: SI56 0310 0100 1698 245

### Pristopna izjava za kolektivno nezgodno zavarovanje

**TINA ZAJEC 0444**

Po tej pristopni izjavi se lahko zavarujejo člani Športnega društva SOKOL Bežigrad ter njihovi družinski člani, v starosti od 2. do dopolnjenega 74. leta<sup>1</sup>.

#### Zavarovanec (član društva):

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Davčna številka: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega bivališča (ulica, hišna št., poštna št., kraj): \_\_\_\_\_

Telefonska/GSM št.<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Elektronski naslov<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Želim se vključiti v Varuh zdravja\*** (označite):  DA Če ste že v programu Varuh zdravja, vam tega ni potrebno označiti. Osebe mlajše od 18. let se ne morejo vključiti v program Varuh zdravja.

**Soglašam z izjavo o neposrednem trženju\*\*** (označite):  DA Če izjave ne izberete, to ne pomeni, da ste morebitno predhodno podano privolitev preklicali. Osebe mlajše od 18. let ne morejo podati soglasja za neposredno trženje.

<sup>1</sup> Pristopna starost zavarovanca se ob sklenitvi zavarovanja določi kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca.

<sup>2</sup> Ob vključitvi v program Varuh zdravja oziroma za izvajanje programa Varuh zdravja sta podatka obvezna.

**Želim se vključiti v nezgodno zavarovanje pri Vzajemni, d.v.z. Letna premija izbranega paketa bo za posameznega zavarovanca obračunana skupaj z članarino, ki bo s strani Športnega društva SOKOL Bežigrad obračunana za posameznega člana. Pravice iz zavarovanja lahko uveljavlja posamezni zavarovanec skladno s SP-KNE-15.**

**Izbrani paket** (paketi med katerimi lahko izbirate so natisnjeni na hrbtni strani): **A B.**

**Družinski člani**, ki se poleg člana društva vključijo v zavarovanje (za vključene družinske člane veljajo kritja in zavarovalne vsote znotraj paketa, ki je izbran za člana društva):

Sorodstveno razmerje	Ime in priimek ter stalni naslov (če se razlikuje od naslova zaposlenega)	Datum rojstva	Davčna številka	Želim se vključiti v Varuh zdravja <sup>3*</sup>	Telefonska/GSM št. <sup>3</sup>	Elektronski naslov <sup>3</sup>	Soglašam z izjavo o neposrednem trženju <sup>4**</sup>	Podpis <sup>5</sup>
Zakonec/partner				<input type="checkbox"/> Da			<input type="checkbox"/> Da	
Otrok				<input type="checkbox"/> Da			<input type="checkbox"/> Da	
Otrok				<input type="checkbox"/> Da			<input type="checkbox"/> Da	

<sup>3</sup> Soglasje za vključitev v program Varuh zdravja\* poda zakonec/partner člana društva in otrok od dopolnjenega 18. leta starosti. Če je družinski član že v programu Varuh zdravja, mu tega ni potrebno označiti. Ob vključitvi v program Varuh zdravja oziroma za izvajanje programa Varuh zdravja, sta obvezna podatka telefonska/GSM št. in elektronski naslov družinskega člana.

<sup>4</sup> Soglasje za neposredno trženje\*\* poda zakonec/partner člana društva in otrok od dopolnjenega 18. leta starosti. Če te izjave ne izbere, to ne pomeni, da je preklical morebitno predhodno podano privolitev.

<sup>5</sup> Pristopno izjavo podpiše zakonec/partner člana društva in otrok od dopolnjenega 18. leta starosti. Za otroka, ki še ni dopolnil 14 let, podpiše starš ali zakoniti zastopnik.

#### Izjave in soglasja:

S to pristopno izjavo podpisani potrjujem, da sem seznanjen in sprejemam Splošne pogoje za kolektivno nezgodno zavarovanje SP-KNE-15, skupaj s klavzulami, ki vključujejo tudi Tabelo invalidnosti zaradi nezgode, ki so sestavni del zavarovalne pogodbe. Izjavljam, da so vsi na pristopni izjavi podani podatki popolni in resnični. Seznanjen sem, da je Politika zasebnosti Vzajemne, kjer lahko prejmem vse informacije o obdelavi osebnih podatkov, dostopna na [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si). V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor lahko rešuje v internem pritožbenem postopku zavarovalnice. Če se v internem pritožbenem postopku z odločitvijo pritožbene komisije ne boste strinjali ali če zavarovalnica o pritožbi ne bo odločila v 30 dneh po prejemu, lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljujete pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: [irps@zav-zdruzenje.si](mailto:irps@zav-zdruzenje.si), spletna stran: [www.zav-zdruzenje.si](http://www.zav-zdruzenje.si). Pristopna izjava je sestavni del zavarovalne police. Podpis zavarovanca na tej pristopni izjavi nadomešča podpis zavarovanca na zavarovalni polici.

\* Zavarovanec soglašam z vključitvijo v program **Varuh zdravja** in izjavljam, da sem seznanjen s Splošnimi pogoji programa aktivnega varovanja zdravja Varuh zdravja, ki so dostopni na [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si) ter jih v celoti sprejemam.

\*\* Zavarovanec soglašam z **Izjavo o neposrednem trženju**:

*S podpisom - izbiro 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 soorganizaciji 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](mailto: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.*

**Pristopna izjava velja kot dokazilo vstopa v kolektivno nezgodno zavarovanje, vendar le, če je podpisana s strani zavarovanca/-ev in jo je zavarovalnica prejela.** Ne glede na to, da je pristopna izjava podpisana in jo je zavarovalnica prejela, bo veljavna le, če je skladna s seznamom zavarovancev, ki je priloga generalni polici. Ta pristopna izjava je v enem izvodu.. Priporočamo, da si zavarovanec za potrebe lastne evidence to izjavo kopira in shrani.

Kraj in datum:	Podpis člana društva / zakonitega zastopnika člana društva:
----------------	---

<b>KRITJA</b>	<b>PAKET A</b>	<b>PAKET B</b>
Trajna invalidnost	5.000 €	5.000 €
Izplačilo v primeru 100 % trajne invalidnosti	10.000 €	10.000 €
10-letna mesečna nezgodna renta	40,00 €	40,00 €
Bolnišnični dan	3,00 €	3,00 €
Stroški zdravljenja	/	400,00 €
<b>Letna premija z davkom / osebo</b>	<b>5,00 €</b>	<b>6,87 €</b>