



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

## SINDIKAT OBČIN SLOVENIJE

### Pristopna izjava za kolektivno nezgodno zavarovanje

#### Zavarovanec (član sindikata občin Slovenije):

Ime in priimek:	Datum rojstva:
Naslov stalnega bivališča: (ulica, hišna št., poštna št., kraj)	
Telefonska/GSM številka:	Elektronski naslov:

**Podpisani zavarovanec želim pristopiti v nadaljevanju označenemu zavarovanju pri Vzajemni. Premijo bom plačeval z univerzalnim plačilnim nalogom (UPN).**

**I. Želim pristopiti h KOLEKTIVNEMU NEZGODNEMU ZAVAROVANJU (ustrezno OBKROŽITE): DA    NE**  
**Za kolektivno nezgodno zavarovanje veljajo Splošni pogoji za kolektivno nezgodno zavarovanje SP-KNE-15.**

**Podatki o družinskih članih, ki bodo poleg ČLANA SINDIKATA vključeni v kolektivno nezgodno zavarovanje**  
 (za vključene družinske člane veljajo kritja in zavarovalne vsote znotraj paketa, ki je izbran za ČLANA SINDIKATA):

Ime in priimek	Stalni naslov (če se razlikuje od naslova, ki je naveden zgoraj)	Datum rojstva	Sorodstveno razmerje <sup>1</sup> (potrebno vpisati npr. mož, žena, otrok, partner)	Podpis družinskega člana <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zavarujejo se lahko zakonec ali izvenzakonski partner od 18. do 74. leta starosti ter otroci in posvojenci od 2. leta dalje.

<sup>2</sup>Namesto otroka, ki še ni dopolnil 15. let, se podpiše starš ali zakoniti zastopnik.

#### Paket kolektivnega nezgodnega zavarovanja:

v EUR

Obseg kritja		Nezgodna smrt	Trajna invalidnost (do)	Izplačilo v primeru 100% trajne invalidnosti	Dnevno nadomestilo	Zlom kosti (do)	Oprostitev plačila premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja	Mesečna premija/ osebo
<b>PAKET</b>	Kritja za: -člane sindikata*, -družinske člane od dopolnjenega 14. leta dalje.	10.000	10.000	20.000	5	1500	DA	<b>3,92</b>
	Kritja za družinske člane od 2. do dopolnjenega 14. leta.	-	10.000	20.000	-	1000	NE	<b>1,32</b>

\*V zavarovanje se lahko vključijo člani sindikata do 74. leta starosti. V izračunu je upoštevano, da se v zavarovanje vključi najmanj 50 članov. Trajanje zavarovalne pogodbe je 10 let.

## I. Želim se vključiti v program Varuh zdravja (ustrezno **OBKROŽITE**) **DA** **NE**

Vključitev je možna samo v primeru, da je na tej pristopni izjavi posredovan telefon in elektronski naslov.

Izjavljam, da sem seznanjen s Splošnimi pogoji programa aktivnega varovanja zdravja Varuh zdravja (program), ki so dostopni na internetni strani [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si), in jih v celoti sprejemam. Izrecno in prostovoljno dovoljujem, da Vzajemna za namen programa obdeluje moje osebne podatke, vključno s podatki o sklenjenih zavarovanjih pri zavarovalnici. Dovoljujem tudi, da Vzajemna moje podatke (ime, priimek, naslov, telefonska številka in/ali vrsta preiskave) posreduje izvajalcem mreže Vzajemna NET, ki jih bodo uporabljali izključno za namen asistenčne storitve v okviru ugodnosti programa. Vzajemna mojih osebnih podatkov ne bo posredovala strokovnjakom, ki izvajajo individualno svetovanje.

Podpisane osebe dovoljujemo, da posredovane osebne podatke obdeluje SINDIKAT OBČIN SLOVENIJE in Vzajemna d. v. z., za namene sklenitve in izvajanja sklenitve zavarovanja skladno s to pristopno izjavo. S to pristopno izjavo podpisani potrjujemo, da smo v primeru sklenitve kolektivnega nezgodnega zavarovanja seznanjeni in sprejemamo veljavne Splošne pogoje za kolektivno nezgodno zavarovanje SP-KNE-15, skupaj s klavzulami, ki vključujejo tudi Tabelo trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki so sestavni del zavarovalne pogodbe. Pogoji so dostopni na internetni strani [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si). Izjavljamo, da so vsi na pristopni izjavi podani podatki popolni in resnični.

V zavarovanje vključene osebe dovoljujemo zavarovalnici, da lahko zbirko osebnih podatkov, vključno z datumom rojstva, uporabi tudi za izvajanje neposrednega trženja, neposrednega trženja s pomočjo elektronskih komunikacij ter v druge marketinške namene, zlasti pa za namene vzorčenja, anketiranja in statistične obdelave podatkov, ugotavljanja uporabe storitev, prilagajanja ponudb, profilacijo in segmentacijo, za raziskave trga, obveščanje o ponudbah, novostih in ugodnostih ter za pošiljanje drugega reklamnega gradiva. Seznanjeni smo, da lahko kadarkoli pisno ali po telefonu ali osebno zahtevamo, da se osebne podatke preneha uporabljati za namen neposrednega trženja. Zavarovalnica bo v 15 dneh ustrezno preprečila uporabo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter o tem pisno obvestila v nadaljnjih 5 dneh. Stroške vseh dejanj zavarovalnice v zvezi s preklicem, krije zavarovalnica.

Pristopna izjava je sestavni del zavarovalne police. Podpisi zavarovancev na tej pristopni izjavi nadomeščajo podpise zavarovancev na zavarovalni polici. 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 h generalni polici.

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).

Zavarovanec sem seznanjen, da je veljavni statut Vzajemne, d.v.z., na vpogledna sedežu Vzajemne, d.v.z. in na sklepalnih mestih zavarovalnice ter na spletni strani [www.vzajemna.si](http://www.vzajemna.si), kjer bo omogočen tudi vpogled v njegove nadaljnje spremembe.

Ta pristopna izjava je v enem izvodu in jo je podpisano potrebno vrniti zavarovalnici. Priporočamo, da si zavarovanec za potrebe lastne evidence to izjavo kopira in shrani.

Podpis zavarovanca:	Kraj in datum:
---------------------	----------------