

PRISTOPNA IZJAVA ZA KOLEKTIVNO NEZGODNO ZAVAROVANJE - I. del

ZAVAROVALNA POLICA ŠTEVILKA: 916 - 4013758

ZAVAROVALEC (naziv, davčna številka): SINDIKAT MINISTRSTVA ZA OBRAMBO, KONFERENCA SINDIKATA MO, 90213033

Spoštovani zavarovanec,

pred vami je izjava za pristop v Kolektivno nezgodno zavarovanje. V njej so navedene vse osnovne informacije o zavarovanju. Za vključitev v zavarovanje je potrebno izpolniti in podpisati priloženo pristopno izjavo (Pristopna izjava za Kolektivno nezgodno zavarovanje - II. del).

Kolektivno nezgodno zavarovanje sklone delodajalec in je najugodnejša oblika zavarovanja, ki vam v primeru nezgode nudi socialno varnost in ublaži finančne posledice v času nezmožnosti za delo.

Zavarovanec je oseba, ki je v podjetju zaposlena in je zavarovana s polico Kolektivnega nezgodnega zavarovanja. Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi zavarovanje družinskih članov zaposlene osebe (nosilca zavarovanja), je, v primeru priključitve družinskega člana, potrebno v pristopni izjavi izpolniti tudi polja, ki se nanašajo na podatke o družinskem članu. Družinski člani zaposlenega so naslednji: otroci od dopolnjenega 14. leta starosti, starši do 75. leta starosti in zakonec. Vsak zavarovanec se mora na pristopni izjavi obvezno podpisati. Za zavarovanca (družinskega člana), ki je mlajši od 18 let, je zahtevan tudi podpis starša ali zakonitega zastopnika.

Upravičenec: Zavarovanec lahko, za primer smrti na pristopni izjavi določi upravičenca do rizikov smrti in morebitne pogrebne. Če je upravičenec do rizikov smrti in morebitne pogrebne zavarovalec, zavarovanec na pristopni izjavi ne določa upravičenca do teh zavarovanih rizikov. Ko je upravičenec do vseh ali določenih zavarovanih rizikov zavarovalec, mora zavarovanec podati podpis, da se s tem strinja.

Datum začetka zavarovanja se določi skladno z izbranim načinom zavarovanja opredeljenim v zavarovalni pogodbi. Zavarovanje za zaposlenega se prekine ob 24. uri tistega dne, ko mu preneha pogodba o zaposlitvi.

KOMBINACIJE ZAVAROVANJA (EUR)

Rizik Kombinacija	bolnišnični dan	dnevna odškodnina	invalidnost	naravna smrt	nezgodna smrt	pogrebna	stroški zdravljenja
K:1 NR02	7,00	7,00	17.000,00	1.250,00	8.500,00	1.250,00	200,00
K:2 NR03	7,00	7,00	17.000,00	1.250,00	8.500,00	1.250,00	200,00
K:3 NR02	7,00	8,50	21.000,00	1.250,00	10.500,00	1.250,00	200,00
K:4 NR03	7,00	8,50	21.000,00	1.250,00	10.500,00	1.250,00	200,00

LETNE ZAVAROVALNE PREMIJE V EUR *

Kombinacija	Premija/osebo	DPZP	Premija/osebo z DPZP	Št. obrokov	Znesek obroka
K:1 NR02	73,24	8,5%	79,47	12	6,62
K:2 NR03	93,52	8,5%	101,47	12	8,46
K:3 NR02	86,76	8,5%	94,13	12	7,84
K:4 NR03	110,42	8,5%	119,81	12	9,98

*Premije veljajo za eno osebo in že vključujejo 8,5% davek od prometa zavarovalnih poslov.

Zavarovalnica je DPZP obračunala v skladu z določili trenutno veljavnega zakona. Zavarovanec je seznanjen, da se v primeru spremembe višine DPZP spremeni višina dogovorjene premije.

Vsak zavarovanec je lahko zavarovan le po eni zavarovalni kombinaciji. Družinski člani zaposlenega so lahko zavarovani po isti ali nižji zavarovalni premiji kot nosilec zavarovanja.

Veljavni zavarovalni pogoji: **NE-01/06, QS KOL-1/2002, KI-TER-02, QS SPR-01/2007, DOP-SB-01/14, KL-NE-01/14**

Zavarovalnica Maribor, d.d., se je z vpisom spremembe firme v sodni register 2.11.2016 preimenovala v Zavarovalnico Sava, d.d. Vse obveznosti in pravice iz zavarovalne pogodbe z nastalo spremembo ostajajo nespremenjene in jih bo tako izvrševala Zavarovalnica Sava, d.d. Vse informacije o preimenovanju so dostopne na novem spletnem naslovu Zavarovalnice Sava, d.d.: www.zav-sava.si

Če ste se odločili za pristop v zavarovanje, prosimo, izpolnite II. del pristopne izjave. Za zaupanje se vam iskreno zahvaljujemo.

VLJUDNO PROSIMO, DA IZJAVO ZA PRISTOP V KOLEKTIVNO NEZGODNO ZAVAROVANJE IZPOLNITE ČITLJIVO, Z VELIKIMI TISKANIMI ČRKAMI.

Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.

I. PODATKI O ZAVAROVANCU**Zavarovanec** (zaposlena oseba/nosilec zavarovanja):**Priimek in ime:** **Datum rojstva:** **Davčna št.:**
Naslov bivanja: **Pošta:** **Kraj:** V primeru smrti zavarovanca je **upravičenec do rizikov smrti in morebitne pogrebne** (priimek, ime, letnica rojstva):

Upravičenci do ostalih zavarovanih rizikov so opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb, veljavnih po zavarovalni pogodbi.

Izbrana višina zavarovalne premije (premija z vključenim 8,5 % DPZP): EUR**Datum začetka zavarovanja:** 1. dan v prihodnjem mesecu ob 00. uri. Če je zavarovanje sklenjeno po načinu **vsi po plačilni listi**, je datum začetka zavarovanja **datum nastopa delovnega razmerja (vpišite datum):** ob 00. uri.**Obvezen podpis zavarovanca:** **II. PODATKI O DRUŽINSKIH ČLANIH ZAPOSLENEGA****Družinski člani zaposlene osebe** se lahko priključijo v zavarovanje, če je v zavarovalni pogodbi tako dogovorjeno.

Družinski člani zaposlene osebe so naslednji: otroci od 14. leta starosti, starši do 75. leta starosti in zakonec.

Družinski član (zavarovanec):**Sorodstveno razmerje z nosilcem zavarovanja:**
Priimek in ime: **Datum rojstva:** **Davčna št.:**
Naslov bivanja: **Pošta:** **Kraj:** V primeru smrti zavarovanca je **upravičenec do rizikov smrti in morebitne pogrebne** (priimek, ime, letnica rojstva):

Upravičenci do ostalih zavarovanih rizikov so opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb, veljavnih po zavarovalni pogodbi.

Izbrana višina zavarovalne premije (premija z vključenim 8,5 % DPZP): EUR**Datum začetka zavarovanja:** 1. dan v prihodnjem mesecu ob 00. uri.**Obvezen podpis zavarovanca/družinskega člana:** Za zavarovanca, ki je **mlajši od 18 let**, je zahtevan tudi podpis starša ali zakonitega zastopnika: **Družinski član** (zavarovanec):**Sorodstveno razmerje z nosilcem zavarovanja:**
Priimek in ime: **Datum rojstva:** **Davčna št.:**
Naslov bivanja: **Pošta:** **Kraj:** V primeru smrti zavarovanca je **upravičenec do rizikov smrti in morebitne pogrebne** (priimek, ime, letnica rojstva):

Upravičenci do ostalih zavarovanih rizikov so opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb, veljavnih po zavarovalni pogodbi.

Izbrana višina zavarovalne premije (premija z vključenim 8,5 % DPZP): EUR**Datum začetka zavarovanja:** 1. dan v prihodnjem mesecu ob 00. uri.**Obvezen podpis zavarovanca/družinskega člana:** Za zavarovanca, ki je **mlajši od 18 let**, je zahtevan tudi podpis starša ali zakonitega zastopnika: **Klavlzula o varstvu osebnih podatkov**

Zavarovanec s podpisom pristopne izjave dovoljujem, da zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter ostale pogodbeno povezane družbe za izvajanje del dejavnosti zavarovanja, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, moje osebne podatke zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva ter za namen opravljanja svoje dejavnosti. Prav tako dovoljujem tudi vpogled pooblaščenih oseb zavarovalnice - zdravnika cenzorja v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja (npr. klicni avtomati, SMS, MMS), telefaksov ali elektronske pošte, vse do preklica tega soglasja. Hkrati pooblašчам zavarovalnico, da sme za namene izvajanja zavarovanj posamezne podatke preverjati oz. pridobivati pri ustreznih ustanovah javnega in zasebnega sektorja, ki razpolagajo z mojimi osebnimi podatki.

Zavarovanec s podpisom izjavljam, da sem seznanjen z vsebino zavarovanja, zapisano v I. delu Pristopne izjave.

Kraj in datum: **Podpis zavarovanca (zaposleni):** **000916-4013758****stran 2/2**