



KOLEKTIVNA ZAVAROVANJA

PRISTOPNA IZJAVA

I. PODATKI O OSEBAH

VSA POLJA USTREZNO IZPOLNITE ALI OZNAČITE S KRIŽCEM(X).

Vsi podatki so obvezni, razen če je posebej drugače označeno. Osebni podatki se obdelujejo za namene skladne z zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo.

PODATKI O
ZAVAROVALCU

Naziv: SINDIKAT MINISTRSTVA ZA OBRAMBO

Naslov: DALMATINOVA ULICA 4, 1000 LJUBLJANA

DAVČNA ŠT.: 90213033

PODATKI O
ZAVAROVALNCU

I. PODATKI O ČLANU SINDIKATA MINISTRSTVA ZA OBRAMBO, KI:

PRISTOPA H KOLEKTIVNEMU ZAVAROVANJU

V ZAVAROVANJE VKLJUČUJE SVOJE DRUŽINSKE ČLANE*

*Družinski člani lahko k zavarovanju pristopijo istočasno kot član sindikata oziroma kasneje, če je član sindikata v zavarovanje že vključen.

IME IN PRIIMEK: _____

SPOL: M Ž

DATUM ROJSTVA: _____

DAVČNA ŠT.: _____

ULICA IN HIŠNA ŠT.: _____

POŠTNA ŠT. IN KRAJ: _____

TELEFON**: _____

E-NASLOV**: _____

**Zaradi načina izvajanja zavarovanja in zagotavljanja hitre obravnave je podatek zaželen.

II. PODATKI O DRUŽINSKIH ČLANIH* ČLANA SINDIKATA MINISTRSTVA ZA OBRAMBO, KI PRISTOPAJO H KOLEKTIVNEMU ZAVAROVANJU:

Družinski član 1	Družinski član 2	Družinski član 3	Družinski član 4
IME	IME	IME	IME
PRIIMEK	PRIIMEK	PRIIMEK	PRIIMEK
SPOL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	SPOL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	SPOL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	SPOL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
DATUM ROJSTVA	DATUM ROJSTVA	DATUM ROJSTVA	DATUM ROJSTVA
NASLOV <input type="checkbox"/> ENAK KOT PRI ČLANU	NASLOV <input type="checkbox"/> ENAK KOT PRI ČLANU	NASLOV <input type="checkbox"/> ENAK KOT PRI ČLANU	NASLOV <input type="checkbox"/> ENAK KOT PRI ČLANU
RAZMERJE DO ČLANA <input type="checkbox"/> ZAKONEC/IZVEZAKONSKI PARTNER/PARTNER ISTOSPOLNE PARTNERSE SKUPNOSTI <input type="checkbox"/> OTROK	RAZMERJE DO ČLANA <input type="checkbox"/> ZAKONEC/IZVEZAKONSKI PARTNER/PARTNER ISTOSPOLNE PARTNERSE SKUPNOSTI <input type="checkbox"/> OTROK	RAZMERJE DO ČLANA <input type="checkbox"/> ZAKONEC/IZVEZAKONSKI PARTNER/PARTNER ISTOSPOLNE PARTNERSE SKUPNOSTI <input type="checkbox"/> OTROK	RAZMERJE DO ČLANA <input type="checkbox"/> ZAKONEC/IZVEZAKONSKI PARTNER/PARTNER ISTOSPOLNE PARTNERSE SKUPNOSTI <input type="checkbox"/> OTROK
DAVČNA ŠT.	DAVČNA ŠT.	DAVČNA ŠT.	DAVČNA ŠT.
TELEFON**	TELEFON**	TELEFON**	TELEFON**
E-NASLOV**	E-NASLOV**	E-NASLOV**	E-NASLOV**

*Družinski član je zakonec, zunajzakonski partner, partner istospolne skupnosti in otroci člana kolektiva/člana sindikata.

**Zaradi načina izvajanja zavarovanja in zagotavljanja hitre obravnave je podatek zaželen. V primeru mladoletnega zavarovanca, je zaželen kontaktni podatek zaposlenega v podjetju.



II. VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU

Izpolnitev Vprašalnika o zdravstvenem stanju je obvezna v primeru sklepanja zavarovanja *Specialisti Kolektivno* oz. *Operacije Kolektivno*.

	Član sindikata	Družinski član 1	Družinski član 2	Družinski član 3	Družinski član 4
TELESNA TEŽA (KG)					
TELESNA VIŠINA (CM)					
IMATE OZ. VAM JE BILA V ZADNIH 5. LETIH UGOTOVLJENA KRONIČNA BOLEZEN / STANJE / POŠKODBA?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
STE BILI V PRETEKLEM LETU NESPOSOBNI ZA DELO DLJE OD 2 TEDNOV OZ. ALI STE V TEM TRENUTKU NESPOSOBNI ZA DELO?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
IMATE SVETOVANO ALI NAČRTOVANO ZDRAVSTVENO STORITEV (PREGLED / ZDRAVLJENJE / OPERACIJA / DIAGNOSTIČNA PREISKAVA / REHABILITACIJA)?	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

V primeru pritrdilnih odgovorov vas pred vključitvijo v zavarovanje lahko zaprosimo za dodatne informacije o zdravstvenem stanju in za zdravstveno dokumentacijo.

III. PODATKI O ZAVAROVANJIH

ZAVAROVANJE SPECIALISTI KOLEKTIVNO

DATUM ZAČETKA ZAVAROVANJA: Za osebe, ki pristopajo v kolektivno zavarovanje, se zanje kolektivno zavarovanje začne ob 00.00 uri prvega (01.) dne v naslednjem mesecu po datumu sprejema v kolektivno zavarovanje.

DATUM POTEKA ZAVAROVANJA: 01.11.2032

KRITJA PO PONUDBI A: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA, ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK

KRITJA PO PONUDBI B: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA, ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK, ZDRAVILA

KRITJA PO PONUDBI C: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA, ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK, POSEG, AMBULANTNA REHABILITACIJA, ZDRAVILA

LETNA ZAVAROVALNA VSOTA (LZV) PO PONUDBI A: 1.500,00 EUR

LETNA ZAVAROVALNA VSOTA (LZV) PO PONUDBI B: 3.000,00 EUR

OD TEGA LZV ZA KRITJE – ZDRAVILA: 300,00 EUR

LETNA ZAVAROVALNA VSOTA (LZV) PO PONUDBI C: 10.000,00 EUR

OD TEGA LZV ZA KRITJE – ZDRAVILA: 300,00 EUR

OD TEGA LZV ZA KRITJE – AMBULANTNA REHABILITACIJA: 300,00 EUR

KARENCA: 3 MESECE, RAZEN ZA POŠKODBE, KI SO NASTALE PO ZAČETKU ZAVAROVANJA

MESEČNA PREMIJA ZAVAROVANJA SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO PONUDBI A*: 4,50 EUR

MESEČNA PREMIJA ZAVAROVANJA SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO PONUDBI B*: 7,10 EUR

MESEČNA PREMIJA ZAVAROVANJA SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO PONUDBI C*: 9,90 EUR

*Skladno z zakonodajo se davek od prometa zavarovalnih poslov (DPZP) plačuje po stopnji 8,5%, če je trajanje zavarovanja krajše od 10 let, davek na dodano vrednost (DDV) pa se ne obračuna.

PRISTOPAM K ZAVAROVANJU SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO SPLOŠNIH POGOJIH ZA KOLEKTIVNO ZAVAROVANJE (PGK/21-01) IN POSEBNIH POGOJIH ZA ZAVAROVANJE SPECIALISTI KOLEKTIVNO (PPK-SPE/22-04) TER KLAVZULAH ZAVAROVALNE POGODBE, KI SE GLASIJO:

- Če je zavarovanje sklenjeno za več let, lahko zavarovalec ali zavarovalnica zavarovalno pogodbo iz drugih razlogov pisno odpove najkasneje tri (3) mesece pred potekom posameznega zavarovalnega leta tudi pred potekom časa, za katerega je zavarovalna pogodba sklenjena. Zavarovalna pogodba v takem primeru preneha s potekom tekočega zavarovalnega leta.
- Ne glede na določila zavarovalne pogodbe zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti plačila na podlagi zavarovalnega zahtevka, če bi takšno plačilo pomenilo kršitev sankcij, prepovedi ali omejitev na podlagi resolucij Združenih narodov ali drugih gospodarskih sankcij, kršitev predpisov Evropske unije, Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske ali Združenih držav Amerike.

IV. VKLJUČITEV V KOLEKTIVNA ZAVAROVANJA

V polju »Izbira zavarovanja« z »X« označite izbrana kolektivna zavarovanja, v katera se želite vključiti. V primeru vključitve zavarovancev v različna zavarovanja, je nujna izpolnitev ločenih pristopnih izjav.

ZAVAROVANJE	SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO PONUDBI A	SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO PONUDBI B	SPECIALISTI KOLEKTIVNO PO PONUDBI C
IZBIRA ZAVAROVANJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



V. DINAMIKA IN NAČIN PLAČEVANJA PREMIJE

DINAMIKA IN NAČIN PLAČEVANJA PREMIJE:

MESEČNO / DIREKTA OBREMNITEV (SDD)

Soglasje za
direktno
obremenitev
SEPA

PREJEMNIK RAČUNA IN PLAČNIK PREMIJE:

ČLAN SINDIKATA DRUŽINSKI ČLAN ŠT. _____

ŠT. PLAČILNEGA RAČUNA – IBAN: SI56 _____

S podpisom pooblaščate (A) Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d., da posreduje navodila vašemu ponudniku plačilnih storitev za periodično obremenitev vašega plačilnega računa in (B) vašega ponudnika plačilnih storitev, da obremeni vaš plačilni račun v skladu z navodili, ki jih posreduje prejemnik plačil. Vaše pravice obsegajo tudi pravico do povračila denarnih sredstev v skladu s splošnimi pogoji vašega ponudnika plačilnih storitev. Povračilo denarnih sredstev je potrebno terjati v roku 8 tednov, ki prične teči od dne, ko je bil obremenjen vaš plačilni račun. Vaše pravice so navedene v splošnih pogojih poslovanja, ki jih lahko dobite pri vašem ponudniku plačilnih storitev.

identifikacijska oznaka
prejemnika plačila **SI07ZZZ50250957**

Plačnik in TRR - IBAN sta enaka navedenemu na tej pristopni izjavi.

Obvestilo o vodenju direktne obremenitve SEPA z navedeno referenčno oznako soglasja boste prejeli naknadno po navadni pošti.

VI. SEZNANITEV Z OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV

- Zavarovalnica v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo, obdeluje naslednje osebne podatke svojih strank:
 - podatke, navedene v zavarovalni pogodbi in dokumentih, ki so z njo neločljivo povezani (npr. ponudbe, police, vprašalniki, priloge);
 - podatke o zavarovalnih primerih ter za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine;
 - podatke, ki jih zavarovalnica pridobi v drugih stikih z zavarovalcem, zavarovancem ali tretjimi osebami (npr. pri nagradnih igrah, dogodkih, ki jih organizira zavarovalnica, registraciji in uporabi mobilnih in spletnih aplikacij);
 - podatke o danih privolitvah in podatke, posredovane s strani povezanih družb v Skupini Triglav na podlagi privolitve.
- S soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje za namene za katere le-ta posebej privoli.
- Osebne podatke iz zbirke zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Informacija o kategorijah pogodbenih obdelovalcev je dostopna v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglavzdravje.si.
- Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nudenja raznih bonov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.
- Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebne podatke, ki jih obdeluje na podlagi osebne privolitve, pa hrani do preklica privolitve. Enako velja tudi za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili s privolitvijo osebni podatki posredovani.
- Stranka lahko kadarkoli začasno ali trajno preklicuje privolitve za obdelavo osebnih podatkov za namene iz (2) odstavka te klavzule, ugovarja obdelavi osebnih podatkov za neposredno trženje ali zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev obdelave, prenos ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo, s pisno zahtevo poslano na naslov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali preklici@triglavzdravje.si ali s pomočjo spletnega obrazca, dostopnega na spletni strani www.triglavzdravje.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- Pooblaščen oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.
- Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenču, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglavzdravje.si.

VII. IZJAVA ZAVAROVANCA/ZAPOSLENEGA

Podpisani POTRUIJEM, da:

- sem pred pristopom k zavarovanju prejel(a) zavarovalne pogoje in da sem z njimi v celoti seznanjen(a);
- se obvezujem, da bom plačeval premijo prek direktne obremenitve (SDD);
- sem seznanjen(a), da neizpolnjevanje plačila zavarovalne premije na način kot je naveden v drugi alineji te izjave, lahko predstavlja razlog za predčasno prenehanje zavarovanja za vse zavarovance, navedene na tej pristopni izjavi.

KRAJ IN DATUM

PODPIS ČLANA SINDIKATA OZ. ZAKONITEGA

PODPIS PLAČNIKA SEPA

ZASTOPNIKA MLADOLETNIH DR. ČLANOV

PODPIS ZAVAROVANCA (POLNOLETNA OSEBA):

DRUŽINSKI ČLAN 1

DRUŽINSKI ČLAN 2

DRUŽINSKI ČLAN 3

DRUŽINSKI ČLAN 4

ŠIFRA: 114852