



ZAVAROVANJE SPECIALISTI+ KOLEKTIVNO PRISTOPNA IZJAVA

ZAVAROVANJE: SPECIALISTI+ KOLEKTIVNO

DATUM ZAČETKA ZAVAROVANJA: _____
DATUM POTEKA ZAVAROVANJA: **01.09.2029**
KRITJA: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA, ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK,POSEG,
AMBULANTNA REHABILITACIJA, ZDRAVILA

LETNE ZAVAROVALNE VSOTE (LZV): LZV ZA ZAVAROVANJE SPECIALISTI+ KOLEKTIVNO: 30.000,00 €
OD TEGA LZV ZA KRITJE – ZDRAVILA: 300,00 €
OD TEGA LZV ZA KRITJE – AMBULANTNA REHABILITACIJA: 300,00 €

SOUDELEŽBA ZAVAROVANCA: BREZ
MESEČNA PREMIJA ZAVAROVANJA SPECIALISTI+ KOLEKTIVNO*: 13,54 €
PLAČNIK PREMIJE: ZAVAROVALEC
DINAMIKA IN NAČIN PLAČEVANJA PREMIJE: LETNO / RAČUN

*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.

ZAVAROVALEC (PODJETJE): **Naziv: ŠPORTNA ZVEZA LJUBLJANE**
Naslov: VODOVODNA CESTA 25, 1000 LJUBLJANA **DAVČNA ŠT.: S173431079**

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

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

| | | | |
|--|-----------------|---|----------------------|
| ZAVAROVANEC (ČLAN): | IME IN PRIIMEK: | SPOL: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž | |
| | NASLOV: | | |
| | DATUM ROJSTVA: | DAVČNA ŠT.: | ŠT. KZZ (neobvezen): |
| | TELEFON**: | E-NASLOV**: | |
| STARŠ oz. ZAKONITI ZASTOPNIK (MLADOLETNEGA ČLANA): | IME IN PRIIMEK: | SPOL: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž | |
| | NASLOV: | | |
| | DATUM ROJSTVA: | DAVČNA ŠT.: | ŠT. KZZ (neobvezen): |
| | TELEFON**: | E-NASLOV**: | |

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU:

TELESNA TEŽA: _____ KG TELESNA VIŠINA: _____ CM

1. IMATE OZ. VAM JE BILA V ZADNJIH 5. LETIH UGOTOVLJENA KRONIČNA BOLEZEN / STANJE / POŠKODBA? DA NE
2. STE BILI V PRETEKLEM LETU NESPOSOPNI ZA DELO DLJE OD 2. TEDNOV OZ. ALI STE V TEM TRENUTKU NESPOSOPNI ZA DELO? DA NE
3. IMATE SVETOвано ALI NAČRTOVANO ZDRAVSTVENO STORITEV (PREGLED / ZDRAVLJENJE / OPERACIJA / DIAGNOSTIČNA PREISKAVA / REHABILITACIJA)? DA NE

V primeru pritrdilnih odgovorov vas pred sklenitvijo zavarovanja lahko zaprosimo za dodatne informacije o zdravstvenem stanju in za zdravstveno dokumentacijo.

** Podatek je zaradi načina izvajanja zavarovanja in zagotavljanja hitre obravnave zaželen.

PRISTOPAM K ZAVAROVANJU SPECIALISTI + KOLEKTIVNO PO SPLOŠNIH POGOJIH SPECIALISTIČNO AMBULANTNEGA ZDRAVLJENJA (340.113.011.02), IZJAVI O SPREMEMBI DOLOČB SPLOŠNIH POGOJEV ZAVAROVANJA SPECIALISTIČNO AMBULANTNEGA ZDRAVLJENJA (340.113.011.02-1) IN POSEBNIH POGOJIH KOLEKTIVNEGA ZAVAROVANJA SPECIALISTIČNO AMBULANTNEGA ZDRAVLJENJA (340.113.013.02).

SEZNANITEV Z OBDELAVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) 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 osebam (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.
- (2) S soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje za namene za katere le-ta posebej privoli.
- (3) Osebnih podatke iz zbirk 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.
- (4) 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.
- (5) Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebnih 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.
- (6) 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.
- (7) Pooblaščen osebna za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.
- (8) Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- (9) Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglavzdravje.si.

IZJAVA ZAVAROVANCA / ZAKONITEGA ZASTOPNIKA ZAVAROVANCA

Podpisani **POTRJUJEM**, da sem pred sklenitvijo zavarovanja:

- prejel(a) zavarovalne pogoje in da sem z njimi v celoti seznanjen(a).

Seznanjen(a) sem, da skladno z veljavnim Zakonom o dohodnini pri zavarovanjih, sklenjenih v korist delojemalca, v primeru plačila premije v breme delodajalca, le-ta velja kot boniteta.

KRAJ IN DATUM

PODPIS ZAVAROVANCA / ZAKONITEGA ZASTOPNIKA
(V PRIMERU MLADOLETNEGA ZAVAROVANCA)

004958
ŠIFRA