IME IN PRIIMEK UDELEŽENCA	
IME IN PRIIMEK ZAKONITEGA ZASTOPNIKA (če je udeleženec mladoleten)	
ULICA IN HIŠNA ŠTEVILKA	
POŠTNA ŠT. IN KRAJ	
telefon	
e-naslov	

Kot udeleženec oziroma zakoniti zastopnik udeleženca v "Poletnih športnih počitnicah 2019" se strinjam, da se zame pri Vzajemni d. v. z., sklene nezgodno zavarovanje, za čas Poletnih športnih počitnic, ki jih organizira Zavod za šport Ajdovščina. Plačnik premije je v celoti organizator prireditve, pravice iz zavarovanja pa lahko zavarovana oseba uveljavlja sama, oziroma jih uveljavlja zakoniti zastopnik zavarovane osebe. Zavarovanje vključuje naslednja kritja: trajna invalidnost zaradi nezgode 3.000 EUR, izplačilo v primeru 100 % trajne invalidnost 6.000 EUR, bolnišnični dan zaradi nezgode 2 EUR.

Udeleženec Poletnih športnih počitnic oziroma njegov zakoniti zastopnik dovoljujem, da posredovane osebne podatke obdeluje organizator Zavod za šport Ajdovščina in Vzajemna d. v. z., za namene sklenitve in izvajanja nezgodnega zavarovanja. Udeleženec oziroma zakoniti zastopnik potrjujem, da sem seznanjen in sprejemam 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 in so objavljeni na www.vzajemna.si. Izjavljam, da so vsi podani podatki popolni in resnični.

☐ 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 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 Vzajemno zdravstveno zavarovalnico, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, 1000 Ljubljana, oziroma na 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.

Kraj in datum: **Podpis:**

Ajdovščina, _____ _____