

**WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ  
W RAMACH PROGRAMU STU ERGO HESTIA S.A.  
DLA KLIENTÓW „MERYDIAN” SA BROKERSKI DOM UBEZPIECZENIOWY**

**I. Dane Ubezpieczonego:**

Imię, nazwisko /nazwa:

NIP:

REGON:

PESEL:

**II. Dane adresowe Ubezpieczonego:**

Adres:

Telefon:

Adres e-mail:

**Forma wykonywania zawodu:** indywidualna praktyka pielęgniarska, kontrakt, umowa o pracę

**Nr prawa wykonywania zawodu:** .....

**III. Okres ubezpieczenia od:** ..... **do:** .....

(Prosimy o wybranie okresu ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i trwa 12 miesięcy)

**Wybrany zakres ubezpieczenia** (prosimy wybrane ubezpieczenie zaznaczyć znakiem X w okienku po lewej stronie):

**Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych**

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
100 000 zł	40 zł	<input type="checkbox"/>
250 000 zł	55 zł	<input type="checkbox"/>
500 000 zł	65 zł	<input type="checkbox"/>
750 000 zł	70 zł	<input type="checkbox"/>
1 000 000 zł	85 zł	<input type="checkbox"/>

**Ubezpieczenie NNW z rozszerzeniem o ubezpieczenie na wypadek zarażenia się HIV/WZW**

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
10 000 zł	80 zł	<input type="checkbox"/>
20 000 zł	87 zł	<input type="checkbox"/>
50 000 zł	95 zł	<input type="checkbox"/>

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów/usług,
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane –wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO**

Oświadczam, że udzieliłem/am powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i że znane mi są sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy otrzymałem/am i zapoznałem/am się z Programem nr A/TO50/0408031/1 oraz otrzymałem tekst Wzorców umownych na podstawie których zostały zawarte ubezpieczenia i zaakceptowałem/am ich treść.

.....  
miejsce i data

.....  
podpis

W celu zawarcia ubezpieczenia prosimy o wypełnienie wniosku oraz przesłanie go do biura MAU Secesja Sp. z o.o.:

- fax: 42 637 78 00
- e-mail: kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl
- pocztą tradycyjną

Zapraszamy również do odwiedzenia naszego biura, gdzie możecie Państwo zawrzeć ubezpieczenie osobiście:

**Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja” Sp. z o.o.**

**ul. Piotrkowska 233**

**90-456 Łódź**