

**WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W RAMACH PROGRAMU STU ERGO HESTIA S.A. dla OIPIP W ŁODZI**

I. Dane Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:

Imię, nazwisko /nazwa:.....

NIP:

REGON:

PESEL:

Dane adresowe Ubezpieczonego:

Adres:.....

Telefon:

Adres e-mail:.....

Forma wykonywania zawodu:

indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza kontrakt umowa o pracę umowa cywilno-prawna

Nr prawa wykonywania zawodu:

II. Ubezpieczenie:

Okres ubezpieczenia od:

(Okres ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i trwa 12 miesięcy)

Wybrany zakres ubezpieczenia (prosimy o zaznaczenie wybranego ubezpieczenia poprzez postawienie znaku X w okienku po lewej stronie oraz zaznaczenie wybranego wariantu):

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
30.000 Euro na zdarzenie i 150.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

składka
55 zł

wybór wariantu

DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

suma gwarancyjna

100 000 PLN
250 000 PLN
500 000 PLN
750 000 PLN
1 000 000 PLN

składka

40 zł
55 zł
65 zł
70 zł
85 zł

wybór wariantu

UBEZPIECZENIE NNW Z UBEZPIECZENIEM NA WYPADEK ZARAŻENIA SIĘ WIRUSEM HIV / WZW

suma gwarancyjna NNW

10 000 PLN
20 000 PLN
50 000 PLN

składka

117 zł
124 zł
132 zł

wybór wariantu

Uwaga!!! We wszystkich 3 wariantach jednorazowe świadczenie z tytułu zarażenia się HIV wynosi 100 000 PLN.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, 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/TO50/0503450/1 oraz otrzymałem tekst Wzorców umownych na podstawie których zostały zawarte ubezpieczenia i zaakceptowałem/am ich treść.

Jednocześnie oświadczam, że wybrany przeze mnie wariant ubezpieczenia spełnia moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe.

Proszę o dostarczenie polisy (prosimy o wybranie jednej z form)

- w formie elektronicznej na podany adres mailowy
- w formie papierowej na adres korespondencyjny

.....
miejsowość i data

.....
podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

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: medyczne@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