

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZA W RAMACH PROGRAMU STU ERGO HESTIA S.A.

I. Dane Ubezpieczonego:

Imię, nazwisko /nazwa:

NIP:

REGON:

PESEL:

II. Dane adresowe

Ubezpieczonego:

Adres:

Telefon:

Adres e-mail:

Forma wykonywania zawodu: indywidualna praktyka lekarska, kontrakt, umowa o pracę

Nr prawa wykonywania zawodu:

III. Ubezpieczenie:

- OBOWIĄZKOWE** UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY
- DOBROWOLNE** UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY
- UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ Z TYTUŁU PROWADZENIA **DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**
- UBEZPIECZENIE **NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

(prosimy wybrane ubezpieczenie zaznaczyć znakiem X w okienku po lewej stronie)

IV. 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)

Proszę o potwierdzenie i wybór z poniżej wymienionych jaki rodzaj specjalności Pan/Pan posiada/wykonuje.

Potwierdzam, iż posiadam/wykonuję następujące specjalności lekarskie z wymienionych poniżej:

1.
2.
3.

Podział specjalności lekarskich:

- a) **lekarze III grupy - specjalizacja:** ortopedia, chirurgia stomatologiczna, chirurgia naczyniowa, anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia ogólna, chirurgia szczękowo-twarzowa, ginekologia onkologiczna, kardiochirurgia, neurochirurgia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, chirurgia dziecięca, urologia, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, urologia dziecięca, medycyna ratunkowa, neonatologia;
- b) **lekarze II grupy - specjalizacja:** ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, radioterapia onkologiczna, stomatologia zachowawcza, medycyna sportowa, stomatologia dziecięca

- c) **lekarze I grupy - specjalizacja:** lekarze pozostałych specjalności nie wymienionych w pkt a. lub pkt b.

Wybrany zakres ubezpieczenia:

- OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY**

75.000 Euro na zdarzenie i 350.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

Wykonywana specjalność lekarska:

.....

–lekarze grupy.....

Składka

- DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY**

Suma gwarancyjna zł na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia

Wykonywana specjalność lekarska:

–lekarze grupy.....

Składka.....

- DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY**

ROZSZERZONE O KLAUZULE

Suma gwarancyjna zł na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia

Wykonywana specjalność lekarska:

–lekarze grupy.....

Składka.....

- UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ Z TYTUŁU PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Suma gwarancyjna zł na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia

Składka wzł

- UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

(prosimy wybrany wariant zaznaczyć znakiem X w okienku po prawej stronie)

Suma ubezpieczenia NNW	składka	wybór wariantu
-------------------------------	----------------	-----------------------

10 000	37 zł	<input type="checkbox"/>
--------	-------	--------------------------

20 000	45 zł	<input type="checkbox"/>
--------	-------	--------------------------

50 000	85 zł	<input type="checkbox"/>
--------	-------	--------------------------

Ubezpieczenie NNW rozszerzone o dodatkową klauzulę na wypadek zakażenia HIV lub WZW

50 000	128 zł	<input type="checkbox"/>
--------	--------	--------------------------

(prosimy wybrane ubezpieczenie zaznaczyć znakiem X w okienku po lewej stronie)

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 siedziba 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 siedziba 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 swoja najlepszą wiedzą i ze 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/TO50/0785239/2 i A/TO50/0789721/4 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.

.....
miejscowość i data

.....
podpis

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

- 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