

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

**I. Dane Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:**

Imię, nazwisko /nazwa:.....

NIP: .....

REGON: .....

PESEL: .....

**II. Dane adresowe Ubezpieczonego:**

Adres:.....

Telefon: .....

Adres e-mail:.....

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

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

**III. Ubezpieczenie:**

**Okres ubezpieczenia od:** .....

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

**Wybrany zakres ubezpieczenia:**

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

Składka	Wybór wariantu
88 zł	<input type="checkbox"/>

**DOBROWOLNE** UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
100 000 PLN	64 zł	<input type="checkbox"/>
200 000 PLN	88 zł	<input type="checkbox"/>
300 000 PLN	104 zł	<input type="checkbox"/>
500 000 PLN	112 zł	<input type="checkbox"/>
1 000 000 PLN	136 zł	<input type="checkbox"/>

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

**Ubezpieczenie OC rozszerzone o klauzule:**

- Rozszerzenie terytorialnego zakresu ubezpieczenia.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o szkody wynikłe z naruszenia praw pacjenta.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych.

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
100 000 PLN	79,36 zł	<input type="checkbox"/>
200 000 PLN	109,12 zł	<input type="checkbox"/>

300 000 PLN	128,96 zł	<input type="checkbox"/>
500 000 PLN	138,88 zł	<input type="checkbox"/>
1 000 000 PLN	168,64 zł	<input type="checkbox"/>

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

**UBEZPIECZENIE NNW**

Suma gwarancyjna NNW	Składka	Wybór Wariantu
10 000 PLN	37 zł	<input type="checkbox"/>
20 000 PLN	45 zł	<input type="checkbox"/>
50 000 PLN	85 zł	<input type="checkbox"/>

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

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

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

**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/TO50/0785239/2 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.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

