

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

(ANALIZA POTRZEB I WYMAGAŃ KLIENTA w zakresie ubezpieczeń dla personelu medycznego)

Poniższa ankieta służy pozyskaniu informacji niezbędnych w celu dokonania analizy Państwa wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej oraz jest potwierdzeniem przeprowadzonych konsultacji w tym zakresie.

### **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 intensywne terapie, 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 w .....zł

**UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

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

<b>Suma ubezpieczenia NNW</b>	<b>składka</b>	<b>wybór wariantu</b>
10 000	37 zł	<input type="checkbox"/>
20 000	45 zł	<input type="checkbox"/>
<b>Ubezpieczenie NNW rozszerzone o dodatkową klauzulę na wypadek zakażenia HIV lub WZW</b>		
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 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/TO50/1039155/2** i **A/TO50/1039174/2** oraz otrzymałem tekst Wzorców umownych na podstawie których zostały zawarte ubezpieczenia i zaakceptowałem/am ich treść.

Oświadczam, że zostałem/em poinformowana/y, że wypełnienie niniejszej analizy wymagań i potrzeb jest dobrowolne, oraz że w przypadku odmowy wypełnienia przeze mnie tej analizy lub jej części, bądź podania nieprawdziwych informacji, agent nie będzie miał możliwości zaproponowania umowy ubezpieczenia, która będzie odpowiadała moim wymaganiom i potrzebom.

Oświadczam, że zostałem/em poinformowana/y, że w przypadku zmiany w trakcie trwania umowy ubezpieczenie moich potrzeb (np. pojawienia się nowego ryzyka) lub moich wymagań dotyczących uzyskania oferty innych ubezpieczeń, mogę zgłosić to do agenta, w celu dostosowania umowy ubezpieczenia do moich potrzeb i wymagań.

Oświadczam, że umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszego wniosku spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonna/y zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.

.....  
miejsowość 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](mailto:medyczne@secesja-ubezpieczenia.pl)
- pocztą tradycyjną

**Miejska Agencja Ubezpieczeniowa „Secesja” Sp. z o.o.**  
**ul. Piotrkowska 233**  
**90-456 Łódź**