

**WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
 LEKARZY, LEKARZY DENTYSTÓW
 w ramach Programu Ubezpieczenia nr SZUG/021/2016**

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko / Nazwa		
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	NIP	PESEL (wypełnia osoba fizyczna)
REGON (wypełniają jednostki nieobjęte obowiązkiem podatkowym)	Rodzaj dokumentu (wypełniają obcokrajowcy)	Numer dokumentu

II. DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO

Kraj	Miejscowość	Kod	
Poczta	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy	
Fax	E-mail	Nr prawa wykonywania zawodu	

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ

PLATNIKIEM SKŁADKI JEST OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ZIELONEJ GÓRZE

III. DANE DO UBEZPIECZENIA OC W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

<input type="checkbox"/> Obowiązkowe ubezpieczenie OC Suma Gwarancyjna: 75 000 euro / 350 000 euro Forma wykonywania zawodu medycznego: indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska	<input type="checkbox"/> Dobrowolne ubezpieczenie OC Suma Gwarancyjna: 300 000 zł Forma wykonywania zawodu medycznego: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, działalność gospodarcza w formie POZ
OKRES UBEZPIECZENIA (Okres ubezpieczenia obowiązuje nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku)	
Od (DD:MM:RRRR)	

DODATKOWE UBEZPIECZENIA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

PLATNIKIEM SKŁADKI JEST UBEZPIECZONY

IV. GRUPY LEKARZY

Forma wykonywania zawodu medycznego	<input type="checkbox"/> indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna – bez prowadzenia działalności <input type="checkbox"/> umowa o pracę
Grupa ryzyka	1. W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalizacji o zaszerogowaniu do odpowiedniej grupy decyduje ta specjalizacja, która jest faktycznie wykonywana. 2. Jeżeli lekarz ma dwie lub więcej specjalizacji i wszystkie wykonuje, to o przynależności do grupy decyduje ta specjalizacja, która jest w grupie o najwyższej składce. 3. W przypadku braku specjalizacji składkę ustala się według I grupy ryzyka. 4. W przypadku posiadania specjalizacji, a wykonywania w praktyce innej specjalizacji (w trakcie specjalizowania się), o przynależności do odpowiedniej grupy decyduje specjalizacja faktycznie wykonywana.
3	<input type="checkbox"/> ortopedia, <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia naczyniowa, <input type="checkbox"/> anestezjologia i intensywna terapia, <input type="checkbox"/> chirurgia klatki piersiowej, <input type="checkbox"/> chirurgia ogólna, <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowo-twarzowa, <input type="checkbox"/> ginekologia onkologiczna kardiouchirurgia, <input type="checkbox"/> neurochirurgia i traumatologia narządu ruchu, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia, <input type="checkbox"/> chirurgia dziecięca, <input type="checkbox"/> urologia, <input type="checkbox"/> chirurgia onkologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia plastyczna, <input type="checkbox"/> urologia dziecięca, <input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa, <input type="checkbox"/> neonatologia;
2	<input type="checkbox"/> ortodoncja, <input type="checkbox"/> periodontologia, <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna, <input type="checkbox"/> radioterapia onkologiczna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza, <input type="checkbox"/> medycyna sportowa, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca
1	<input type="checkbox"/> inna specjalizacja niewymieniona powyżej (prosimy podać) <input type="checkbox"/> brak specjalizacji
Praca w pogotowiu lub SOR	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów z tytułu zawodowego udzielania świadczeń zdrowotnych

Suma gwarancyjna	Lekarze I grupy ryzyka		Lekarze II grupy ryzyka		Lekarze III grupy ryzyka	
	Składka	Wybór wariantu	Składka	Wybór wariantu	Składka	Wybór wariantu
50.000 zł	38,00 zł		76,00 zł		160,00 zł	
100.000 zł	50,00 zł		100,00 zł		210,00 zł	
200.000 zł	73,00 zł		150,00 zł		310,00 zł	
300.000 zł	86,00 zł		175,00 zł		370,00 zł	
500.000 zł	110,00 zł		225,00 zł		460,00 zł	
800.000 zł	135,00 zł		270,00 zł		560,00 zł	
1.000.000 zł	150,00 zł		300,00 zł		630,00 zł	
1.500.000 zł	220,00 zł		450,00 zł		950,00 zł	
2.000.000 zł	320,00 zł		650,00 zł		1 300,00 zł	

V. Szkodowość

<input type="checkbox"/> brak szkody w ciągu ostatnich 12 miesięcy
<input type="checkbox"/> przynajmniej jedna szkoda w ciągu ostatnich 12 miesięcy

VI. DODATKOWE MOŻLIWE ROZSZERZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ (do wyboru)

RODZAJ ROZSZERZENIA	SUBLIMIT	SKŁADKA DODATKOWA	WYBRANE (TAK/NIE)
Szkody w związku z zabiegami medycyny estetycznej oraz chirurgii plastycznej	200.000,00 PLN na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia	200 zł	

VII. OKRES UBEZPIECZENIA (Okres ubezpieczenia obowiązuje nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku)

Od (DD:MM:RRRR)

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub użytkowania mienia

Zakres ubezpieczenia	Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia	Składka roczna	Wybór wariantu
Zakres podstawowy - zgodny z OWU rozszerzony o kl. 003, 004, 005A	30.000,00 zł	110,00 zł	
	50.000,00 zł	145,00 zł	
	100.000,00 zł	200,00 zł	
	200.000,00 zł	320,00 zł	
	500.000,00 zł	450,00 zł	

VIII. OKRES UBEZPIECZENIA (Okres ubezpieczenia obowiązuje nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku)

Od (DD:MM:RRRR)

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków ze świadczeniami dodatkowymi z tytułu ekspozycji na ryzyko HIV i WZW

WARIANT	Suma ubezpieczenia NNW (system świadczeń proporcjonalnych)	SKŁADKA	WYBRANE (TAK/NIE)	Rozszerzenie o następstwa zawałów serca i udarów mózgu	SKŁADKA DODATKOWA	WYBRANE (TAK/NIE)
Wariant I	10 000,00 zł	15,00 zł		10 000,00 zł	5,00 zł	
Wariant II	15 000,00 zł	30,00 zł		15 000,00 zł	9,00 zł	
Wariant III	25 000,00 zł	68,00 zł		25 000,00 zł	20,00 zł	
Wariant IV	50 000,00 zł	135,00 zł		50 000,00 zł	40,00 zł	
Wariant V	100 000,00 zł	250,00 zł		100 000,00 zł	85,00 zł	

Dodatkowe rozszerzenie - Klauzula ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW

WARIANT I				WARIANT II			
Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia/limit	SKŁADKA	WYBRANE (TAK/NIE)	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia/limit	SKŁADKA	WYBRANE (TAK/NIE)
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	Limit: 1 000,00 zł	43,00 zł		Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	Limit: 1 000,00 zł	80,00 zł	
Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 5 000,00 zł			Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 5 000,00 zł		
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	50 000,00 zł			Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	100 000,00 zł		
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu C	20 000,00 zł			Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu C	20 000,00 zł		
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B	10 000,00 zł			Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B	10 000,00 zł		

IX. OKRES UBEZPIECZENIA (Okres ubezpieczenia obowiązuje nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku)

Od (DD:MM:RRRR)

X. 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, informuję, 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.

XI. 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 tekstem:
 - Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 nr 293, poz. 1729)
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 01 stycznia 2016 r. (OC/OW033/1601)
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub użytkowania mienia z dnia 01 stycznia 2016 r. (OC/OW034/1601)
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (OS/OW041/1601) wraz z Klauzulą Ubezpieczenia Na Wypadek Zakażenia HIV i/lub WZW
 - Postanowień Dodatkowych Do Umowy Generalnej nr SZUG/021/2016
- i zaakceptowałem/am ich treść.
- Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.

Imię i nazwisko	
Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)