

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

Imię, nazwisko /nazwa:.....
NIP:
REGON:
PESEL:

II. Dane adresowe Ubezpieczonego:

Adres:.....
Telefon:
Adres e-mail:.....

Forma wykonywania zawodu: indywidualna praktyka pielęgnarska/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
63,25 zł

Wybór wariantu
☐

☐ **DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Suma gwarancyjna

Składka

Wybór Wariantu

250 000 PLN

63,25 zł

☐

500 000 PLN

74,75 zł

☐

750 000 PLN

80,50 zł

☐

1 000 000 PLN

97,75 zł

☐

1 500 000 PLN

127 zł

☐

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

☐ **UBEZPIECZENIE NNW**

Suma gwarancyjna NNW	Składka	Wybór Wariantu
10 000 PLN	46 zł	☐
20 000 PLN	54,05 zł	☐
50 000 PLN	63,25 zł	☐

☐ **ROZSZERZENIE UBEZPIECZENIA NNW O KLAUZULE DODATKOWE**

Składka za klauzulę: 43 zł

Składka łączna (w zależności od wyboru wariantu NNW) wynosi odpowiednio: **89 zł, 97,05 zł lub 106,25 zł.**

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/TO50/1051266/1 oraz A/TO50/1051267/1 oraz otrzymałem tekst Wzorców umownych na podstawie których zostały zawarte ubezpieczenia i zaakceptowałem/am ich treść.

Oświadczam, że zostałem/em poinformowany/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 poinformowany/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.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Ubezpieczającego/Ubezpiezonego

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

***Forma przekazania polisy:**

- ☐ Elektroniczna
☐ Papierowa

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