

# Regulamin przystępowania

## § 1

Niniejszy Regulamin przystępowania ustala zasady przystępowania do umów określonych w Załącznikach nr 1,2,4 do Porozumienia.

## § 2

1. Organizatorem ochrony ubezpieczeniowej – ubezpieczającym i płatnikiem składki z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w Załączniku nr 1, 2, 4 do Porozumienia jest OIL.
2. Do umów ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 1, 2, 4 może przystąpić tylko lekarz lub lekarz dentysta członek OIL.
3. Lekarz - członek OIL może przystąpić tylko do jednej z umów ubezpieczenia, o których mowa w Załącznikach nr 1,2 do Porozumienia.
4. Lekarz - członek OIL może przystąpić do umowy ubezpieczenia, o której mowa w załączniku nr 4 do Porozumienia, jeżeli przystąpił do Umowy grupowego obowiązkowego ubezpieczenia albo Umowy grupowego dobrowolnego ubezpieczenia, o których mowa w załącznikach 1,2 do Porozumienia.
5. W celu przystąpienia do ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3-4, należy wyrazić wolę przystąpienia poprzez złożenie deklaracji (deklaracji przystąpienia) w jednej z form określonej w ust. 6.
6. Deklarację przystąpienia można złożyć:
  - 1) w systemie do obsługi Porozumienia na stronie [www.ins-med.pl](http://www.ins-med.pl) - odnośnie lekarzy - członków OIL;
  - 2) poprzez przesłanie skanu wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia na adres mailowy: [biuro@ins-med.pl](mailto:biuro@ins-med.pl).
7. Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową na okres maksymalnie 12 miesięcy od 1 dnia miesiąca wskazanego przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.
8. Lekarz składając deklarację przystąpienia wskazuje, do której z umów ubezpieczenia, o których mowa w Załącznikach nr 1,2,4 przystępuje.
9. W deklaracji przystąpienia należy podać imię i nazwisko, numer Prawa Wykonywania Zawodu, numer Pesel, adres zamieszkania i adres korespondencyjny, nr telefonu, adres mailowy.
10. Dane podane w deklaracji przystąpienia wykorzystywane są wyłącznie do celów wykonania umów ubezpieczenia stanowiących Załączniki nr 1,2,4 do Porozumienia.
11. PZU SA potwierdza certyfikatem ubezpieczeniowym objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową (certyfikat-dokument ubezpieczenia).

12. Certyfikat jest przekazywany Ubezpieczonemu w ten sam sposób, w jaki została złożona deklaracja przystąpienia – stosownie do ust. 6. Certyfikat przesyła Ubezpieczonemu PZU SA lub wskazany przedstawiciel PZU SA na wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia adres korespondencyjny.
13. W przypadku zmiany formy wykonywania zawodu konieczność zmiany ubezpieczenia należy zgłosić do PZU SA za pośrednictwem agencji obsługującej. Ubezpieczony zgłasza konieczność zmiany ubezpieczenia na adres mailowy: [biuro@ins-med.pl](mailto:biuro@ins-med.pl)
14. Wszelkie informacje na temat Porozumienia można uzyskać telefonicznie pod nr telefonu 22 494 36 50, codziennie w dni robocze od godz. od 9 do 17 lub mailowo wysyłając zapytanie na adres: [biuro@ins-med.pl](mailto:biuro@ins-med.pl)