



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU UBEZPIECZENIOWEGO
DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU**

1 Członkostwo:
Oświadczam, że jestem członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku

2 Wybór ubezpieczenia:
 Przystępuję do **umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**, podlegam pod ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej podmiotu prowadzącego indywidualną praktykę lekarską.
 Przystępuję do **umowy dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej**, nie podlegam pod ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej podmiotu prowadzącego indywidualną praktykę lekarską (tylko dla lekarzy i lekarzy dentystów zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o pracę i/lub umowy zlecenie).

Dane ubezpieczonego Lekarza/Lekarza dentysty:

3 Imię i nazwisko

Adres: PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....kod pocztowy:-.....

E-mail: **Nr PWZ:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon.....

4 Okres ubezpieczenia:
od 1 r. do r.

	Zakres ubezpieczenia obowiązkowego	Suma gwarancyjna	
		Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
5	Odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego lekarza wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych	75 000 EUR	350 000 EUR

	Zakres ubezpieczenia dobrowolnego	Suma gwarancyjna	
		Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
6	Odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego lekarza za szkody wyrządzone osobie trzeciej w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zawodu lekarza.	75 000 EUR	350 000 EUR

Warunki ubezpieczenia

7

1. Do umowy obowiązkowego ubezpieczenia mają zastosowanie:

- 1) Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.) (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 473).
- 2) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 r. poz. 866).

2. Do umowy dobrowolnego ubezpieczenia mają zastosowanie:

Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy ustalone uchwałą Nr UZ/427/2016 Zarządu PZU SA z dnia 24 października 2016r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej.

Oświadczenia

8

Akceptuję wszystkie poniższe oświadczenia.

1. DOTYCZY OC DOBROWOLNEGO

* Oświadczam, że otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy ustalone uchwałą Nr UZ/427/2016 Zarządu PZU SA z dnia 24 października 2016r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej oraz dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, pielęgniarki lub położnej ustalone uchwałą nr UZ/139/2019 z dnia 29 maja 2019 r. Zarządu PZU SA oraz dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym.

2. DOTYCZY OC OBOWIĄZKOWEGO

* Oświadczam, że zapoznałem się z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r. Nr 293, poz. 1729) oraz otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, pielęgniarki lub położnej ustalone uchwałą nr UZ/139/2019 z dnia 29 maja 2019 r. Zarządu PZU SA oraz dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym.

3. * Oświadczam, że otrzymałem/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o administratorze danych osobowych.

4. * Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w tym formularzu przystąpienia do ubezpieczenia przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku (jako administratora danych osobowych) w celu realizacji Umowy Programu Ubezpieczeniowego.

5. * Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w tym formularzu przystąpienia do ubezpieczenia przez Agencję Ubezpieczeniową INS Services Sp. z o.o. KRS 0000754412 (jako administratora danych) w celu realizacji obsługi Umowy Programu Ubezpieczeniowego.

6. * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

7. Zastrzegam, że bez mojej zgody dane te nie mogą być udostępniane komukolwiek oraz że przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania. Zgody powyższej udzielam dobrowolnie. Rozumiem, że zgody powyższe mogą zostać w każdym czasie odwołana poprzez przesłanie stosownego oświadczenia na adres: biuro@ins-med.pl

8. INS Services Sp. z o.o. jest agentem ubezpieczeniowym działającym na podstawie Ustawy z dnia 22 maja 2003r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. z dnia 16 lipca 2003 r.) wykonującym czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń w rozumieniu art. 11 ust. 2 cytowanej ustawy.

9. W zakresie w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale PZU SA lub wysyłając e-mail na adres: kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU: 02-676 Warszawa, ul. Postępu 18a.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

* w polu oznacza zgodę, konieczne do przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz obsługi tej umowy.

Data i miejscowość złożenia deklaracji:

.....
(podpis składającego deklarację lekarza/lekarza dentystry)