

Regulamin przystępowania

§ 1

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

§ 2

1. Organizatorem ochrony ubezpieczeniowej – ubezpieczającym i płatnikiem składki z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w Załączniku nr 1, 2 do Porozumienia jest OIL.
2. Do umów ubezpieczenia określonych w Załączniku nr 1, 2 może przystąpić tylko lekarz lub lekarz dentyista członek OIL.
3. Lekarz/lekarz dentyista - członek OIL może przystąpić tylko do jednej z umów ubezpieczenia, o których mowa w Załącznikach nr 1,2 do Porozumienia.
4. W celu przystąpienia do ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3, należy wyrazić wolę przystąpienia poprzez złożenie deklaracji (deklaracji przystąpienia) w jednej z form określonej w ust. 5.
5. Deklarację przystąpienia można złożyć:
 - 1) w systemie do obsługi Porozumienia na stronie www.ins-med.pl - odnośnie lekarzy/lekarzy dentyistów - członków OIL;
 - 2) poprzez przesłanie skanu wypełnionej i podpisanej deklaracji przystąpienia na adres mailowy: biuro@ins-med.pl.
6. 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.
7. Lekarz/lekarz dentyista składając deklarację przystąpienia wskazuje, do której z umów ubezpieczenia, o których mowa w Załącznikach nr 1,2 przystępuje.
8. W deklaracji przystąpienia należy podać imię i nazwisko, numer Prawa Wykonywania Zawodu, numer Pesel, adres zamieszkania i adres korespondencyjny, nr telefonu, adres mailowy.
9. Dane podane w deklaracji przystąpienia wykorzystywane są wyłącznie do celów wykonania umów ubezpieczenia stanowiących Załączniki nr 1,2 do Porozumienia.
10. PZU SA potwierdza certyfikatem ubezpieczeniowym objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową (certyfikat-dokument ubezpieczenia).
11. Certyfikat jest przekazywany Ubezpieczonemu w ten sam sposób, w jaki została złożona deklaracja przystąpienia – stosownie do ust. 5. Certyfikat przesyła Ubezpieczonemu PZU SA lub wskazany przedstawiciel PZU SA na wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia adres korespondencyjny.
12. 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.
13. 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.