

Dane niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia

DANE OGÓLNE

1. Dane Ubezpieczającego

Imię i nazwisko/nazwa firmy:

Adres:

Pesel/Regon/NIP:

Seria i numer dowodu tożsamości:

2. Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko/nazwa firmy:

Adres:

Pesel/Regon/NIP:

Seria i numer dowodu tożsamości:

Numer, data wydania i organ wydający dokument uprawniający do wykonywania zawodu

.....
Numer i data wydania zezwolenia oraz wpisu do rejestru praktyk lekarskich (w przypadku **praktyki grupowej** prosimy załączyć **wykaz Ubezpieczonych zawierający**: Imię i nazwisko, Adres, PESEL, numer i datę wydania oraz organ wydający dokument uprawniający do wykonywania zawodu)

.....
Przynależność do Izby Lekarskiej:

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW WYKONUJĄCYCH ZAWÓD NA TERYTORIUM RP

Ubezpieczenie zawarte na podstawie art. 48 a. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

Miejsce wykonywania czynności zawodowych przez Ubezpieczonego:

- zakład opieki zdrowotnej
- indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska
- lub grupowa praktyka lekarska

Okres ubezpieczenia:

Czy Ubezpieczony wykonuje poniższe czynności zawodowe?

- praca w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- zabiegi z zakresu medycyny estetycznej*

*nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny estetycznej, nie mającej bezpośredniego związku z niezbędną korektą wad wrodzonych lub następstw nieszczęśliwego wypadku

Proszę wybrać rodzaj specjalizacji oraz sumę gwarancyjną (należy podkreślić):

Lekarz bez specjalizacji, alergologia, audiologia i foniatria, balneologia i medycyna fizykalna, choroby płuc, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, diabetologia, dermatologia i wenerologia, diagnostyka laboratoryjna, endokrynologia, epidemiologia, farmakologia kliniczna, gastroenterologia, genetyka kliniczna, geriatria, hematologia, hipertensjologia, immunologia kliniczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna, medycyna pracy,

medycyna rodzinna, medycyna sądowa, medycyna sportowa, medycyna transportu, mikrobiologia lekarska, nefrologia, neurologia, neurologia dziecięca, neuropatologia, onkologia i hematologia dziecięca, patomorfologia, pediatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radiologia i diagnostyka obrazowa, rehabilitacja medyczna, reumatologia, seksuologia, toksykologia kliniczna, zdrowie publiczne (specjalność lekarska), ginekologia onkologiczna, radioterapia onkologiczna, transfuzjologia kliniczna.

suma gwarancyjna

25.000 € * 50.000 € 60.000 € 80.000 € 100.000 € 150.000 €

Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia ogólna, stomatologia zachowawcza z endodoncją, zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna)

suma gwarancyjna

50.000 € * 60.000 € 80.000 € 100.000 € 150.000 €

Anestezjologia i intensywna terapia, angiologia, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia naczyń, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo – twarzowa, kardiochirurgia, medycyna ratunkowa, neonatologia, neurochirurgia, okulistyka, onkologia kliniczna, ortopedia i traumatologia narządów ruchu, otorynolaryngologia, otorynolaryngologia dziecięca, położnictwo i ginekologia (z wyłączeniem przyjmowania porodów), transplantologia kliniczna, urologia, urologia dziecięca, w trakcie specjalizacji z 4 grupy. Położnictwo i ginekologia (przyjmowanie porodów), chirurgia plastyczna

suma gwarancyjna

100.000 € * 150.000 €

* Minimalna suma gwarancyjna określona w Rozporządzeniu ministra Finansów

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE (kontrakt z SPZOZ)

Ubezpieczenie zawarte na podstawie art. 35 ust. 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91 poz. 408, z późn. zm.) oraz OWU zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska SA nr 13/2010 z dnia 12.05.2010 r.

Wykaz kontraktów (nazwa i adres podmiotu udzielającego zamówienia + przedmiot kontraktu) ze wskazaniem rodzaju lecznictwa (wyłącznie lecznictwo otwarte, lecznictwo otwarte i zamknięte, wyłącznie lecznictwo zamknięte)

.....
.....
.....
.....

Okres ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna: 46.500 € * 60.000 € 80.000 € 100.000 €

inna wnioskowana

* Minimalna suma gwarancyjna określona w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r.

Czy Ubezpieczony wykonuje poniższe czynności zawodowe?

praca w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

zabiegi z zakresu medycyny estetycznej **

**nie dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny estetycznej, nie mającej bezpośredniego związku z niezbędną korektą wad wrodzonych lub następstw nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko-dentystycznej):

OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (kontrakt z NFZ)

Ubezpieczenie zawarte na podstawie art. 136 b ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz 2135, z późn. zm.) oraz OWU zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska SA nr 13/2010 z dnia 12.05.2010 r.

Wykaz kontraktów (nazwa i adres Oddziału NFZ + przedmiot kontraktu) ze wskazaniem rodzaju lecznictwa (wyłącznie lecznictwo otwarte, lecznictwo otwarte i zamknięte, wyłącznie lecznictwo zamknięte)

.....
.....
.....
.....

Okres ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna:

	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
<input type="checkbox"/>	46.500 € *	275.000 € *
<input type="checkbox"/>	60.000 €	275.000 €
<input type="checkbox"/>	80.000 €	275.000 €
<input type="checkbox"/>	100.000 €	275.000 €
<input type="checkbox"/> (inna wnioskowana)		275.000 €

* Minimalna suma gwarancyjna określona w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r.

Czy Ubezpieczony wykonuje poniższe czynności zawodowe?

- praca w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- zabiegi z zakresu medycyny estetycznej**

Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko-dentystycznej):

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentysty zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska SA nr 13/2010 z dnia 12.05.2010 r.

Miejsce wykonywania czynności zawodowych przez Ubezpieczonego ze wskazaniem rodzaju lecznictwa (wyłącznie lecznictwo otwarte, lecznictwo otwarte i zamknięte, wyłącznie lecznictwo zamknięte)

- zakład opieki zdrowotnej
- indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska lub grupowa praktyka lekarska

Trigger (moment uruchomienia odpowiedzialności Ubezpieczonego) – proszę zaznaczyć jedno pole

- Act Committed (zdarzenia zaszły w okresie ubezpieczenia)
- Claims Made (roszczenia zgłoszone w okresie ubezpieczenia) – tylko dla Klientów INTER Polska, którzy kontynuują ochronę według tego triggera

Suma gwarancyjna

Wybrany wariant	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
<input type="checkbox"/>	12.500 €	25.000 €
<input type="checkbox"/>	25.000 €	50.000 €
<input type="checkbox"/>	50.000 €	100.000 €
<input type="checkbox"/>	100.000 €	200.000 €
<input type="checkbox"/> inna wnioskowana

Czy Ubezpieczony wykonuje poniższe czynności zawodowe?

- praca w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
- zabiegi z zakresu medycyny estetycznej**

Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko–dentystycznej):

Klauzule dodatkowe

K4A – Szkody wyrządzone podczas czynności wykonanych podczas udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza granicami kraju –obywatelom RP (włączona **bezpłatnie**)

- K4B – Szkody wyrządzone podczas czynności wykonanych podczas udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza granicami kraju – obywatelom UE (płatna dodatkowo)

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW OCHRONY PRAWNEJ

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ochrony Prawnej zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska SA nr 26/2008 z dnia 07.08.2008 r.

Okres ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia: 50.000 zł 100.000 zł 200.000 zł

UBEZPIECZENIE HIV/WZW

Suma Ubezpieczenia HIV/WZW:

- 20.000/10.000 zł 50.000/10.000 zł 100.000/10.000 zł 200.000/10.000 zł

Dodatkowo NNW: tak nie

Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu

- 20.000 zł 25.000 zł 50.000 zł 100.000 zł

Świadczenie z tytułu śmierci w skutek nieszczęśliwego wypadku

- 5.000 zł 12.500 zł 25.000 zł 50.000 zł

DOTYCHCZASOWE ROSZCZENIA:

Dotychczasowy zakład ubezpieczeń:

Bezszkodowy przebieg ubezpieczenia (liczba lat):

Rok: Liczba szkód: Łączna wysokość roszczeń: Przyczyna zgłoszonych roszczeń: Kwota wypłaconych odszkodowań:

Rok	Liczba szkód	Łączna wysokość roszczeń	Przyczyna zgłoszonych roszczeń	Kwota wypłaconych odszkodowań

Inne posiadane ubezpieczenia w TU INTER Polska S.A. (proszę o podanie nr polisy)

.....
.....

Klauzula dotycząca wstecznej daty zawarcia nowego obowiązkowego ubezpieczenia OC lekarzy

....., dnia 2010r

.....
(imię i nazwisko Ubezpieczającego/ nazwa)

.....
(adres)

TU INTER-POLSKA SA
Centrala w Warszawie

W związku z obowiązkiem wynikającym z art. 48a ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. Z 2008r. Nr 136, poz 857, z późn. zm.) zwracam się z prośbą o zawarcie umowy **obowiązkowego** ubezpieczenia **OC** lekarzy i lekarzy dentystry wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z okresem ubezpieczenia:

od do

Równocześnie oświadczam, że w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia nie wystąpiła szkoda/roszczenie i nie mam wiedzy o zdarzeniach mogących powodować powstanie szkód/roszczeń.

.....
podpis Ubezpieczającego

Klauzula dotycząca wstecznej daty zawarcia dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarzy

..... dnia 2010r.

.....
(imię i nazwisko Ubezpieczającego/ nazwa)

.....
(adres)

TU INTER-POLSKA SA
Centrala w Warszawie

Zwracam się z prośbą o zawarcie/wznowienie* Ubezpieczenia dobrowolnego OC lekarza i lekarza dentystry z okresem ubezpieczenia:

od do

Równocześnie oświadczam, że w okresie poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia nie wystąpiła szkoda/roszczenie i nie mam wiedzy o zdarzeniach mogących powodować powstanie szkód/roszczeń.

.....
podpis Ubezpieczającego

*niepotrzebne skreślić