

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w ramach Programu Ubezpieczenia nr T050/000242/16/A

I. Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko _____
Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____ NIP _____ PESEL _____

II. Dane adresowe Ubezpieczonego

Kraj _____ Mijscowość _____ Kod _____
Pocztą _____ Ulica _____ Numer domu _____ Numer mieszkania _____
Telefon stacjonarny _____ Telefon komórkowy _____
E-mail _____ Forma wykonywania zawodu: _____ Nr prawa wykonywania zawodu _____

III. Okres ubezpieczenia (Okres ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po złożeniu wniosku i trwa 12 miesięcy)

Od (DD:MM:RRRR) _____

IV. Ubezpieczenie (Prosimy o zaznaczenie x przy wybranym ubezpieczeniu i wariancie sumy gwarancyjnej/składki)

1) Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
30 000 Euro na zdarzenie i 150 000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia	55 zł	<input type="checkbox"/>

2) Dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
100 000 zł	40 zł	<input type="checkbox"/>
250 000 zł	55 zł	<input type="checkbox"/>
500 000 zł	65 zł	<input type="checkbox"/>
750 000 zł	70 zł	<input type="checkbox"/>
1 000 000 zł	85 zł	<input type="checkbox"/>

3) Ubezpieczenie ochrony prawnej

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
30 000 zł	85 zł	<input type="checkbox"/>
50 000 zł	100 zł	<input type="checkbox"/>
100 000 zł	120 zł	<input type="checkbox"/>

4) Ubezpieczenie NNW z rozszerzeniem o ubezpieczenie na wypadek zarażenia się HIV/WZW

Suma gwarancyjna	Składka	Wybór Wariantu
10 000 zł	80 zł	<input type="checkbox"/>
20 000 zł	87 zł	<input type="checkbox"/>
50 000 zł	95 zł	<input type="checkbox"/>

V. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., 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.

VI. 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 T050/000242/16/A oraz otrzymałem tekst Wzorców umownych na podstawie których zostały zawarte ubezpieczenia i zaakceptowałem/am ich treść.

.....
Imię i nazwisko.....
Miejscowość.....
Data (DD:MM:RRRR)

W celu otrzymania polisy potwierdzającej zawarcie ubezpieczenia należy niniejszy wniosek wysłać na adres Agencji Ubezpieczyciela: Miejska Agencja Ubezpieczeniowa Secesja Spółka z o.o., 90-456 Łódź, ul. Piotrkowska 233 lub w formie zeskanowanej na adres mailowy kontakt@secesja-ubezpieczenia.pl. Kontakt pod numerem telefonu tel. 042 637 33 11/ fax 042 637 78 00.