

Wniosek o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia dla członków Izb Aptekarskich do umowy generalnej nr TO50/000233/16/A

I. Dane ubezpieczonego

Imię i nazwisko / Nazwa		
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	NIP	PESEL (wypełnia osoba fizyczna)
REGON (wypełniają jednostki nieobjęte obowiązkiem podatkowym)	Rodzaj dokumentu (wypełniają obcokrajowcy)	Numer dokumentu

II. Dane adresowe ubezpieczonego

Kraj		Miejscowość	Kod	
Poczta		Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy		
Fax	E-mail		Nr prawa wykonywania zawodu	

Płatnikiem składki jest ubezpieczony.

III. OC z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty (dodatkowe/nadwyżka):

SUMA GWARANCYJNA*	SKŁADKA ROCZNA (PLN) (ZAKRES ZGODNY Z POSTANOWIENIAMI UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY)
200 000,00 PLN	150,00 PLN
300 000,00 PLN	190,00 PLN
500 000,00 PLN	250,00 PLN
800 000,00 PLN	310,00 PLN
1 000 000,00 PLN	420,00 PLN
1 500 000,00 PLN	540,00 PLN

*Suma ubezpieczenia OC na wszystkie zdarzenia w Izbie Aptekarskiej w podstawie w okresie ubezpieczenia wynosi 4.000.000 PLN.

Doubezpieczenie stanowi nadwyżkę.

IV. Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)

Zapewnia wsparcie finansowe w przypadku doznania trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Do wyboru dostępne są następujące warianty ubezpieczenia NNW:

WARIANT	SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA
Wariant 1	15 000,00 PLN	30,00 PLN
Wariant 2	25 000,00 PLN	54,00 PLN

Dodatkowe rozszerzenia ubezpieczenia NNW (klauzule dodatkowe)

V. Klauzula ubezpieczenia następstw zawałów serca i udarów mózgu

WARIANT	SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA
Wariant 1	15 000,00 PLN	9,00 PLN
Wariant 2	25 000,00 PLN	20,00 PLN

VI. Klauzula HIV/WZW

Klauzula ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (typu B i C) obejmuje refundację kosztów leczenia w przypadku ekspozycji zawodowej ubezpieczonego farmaceuty na materiał zakaźny i ryzyko zakażenia wirusem HIV/WZW.

ZAKRES	SUMA UBEZPIECZENIA / LIMIT		
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Badania na obecność wirusów HIV/WZW	Limit: 1 000,00 PLN	Limit: 1 000,00 PLN	Limit: 1 000,00 PLN
Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 5 000,00 PLN	Limit: 5 000,00 PLN	Limit: 5 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	Poza zakresem ochrony	50 000,00 PLN	1000 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu C	Poza zakresem ochrony	20 000,00 PLN	20 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B	Poza zakresem ochrony	10 000,00 PLN	10 000,00 PLN
SKŁADKA ROCZNA:	15,00 PLN	43,00 PLN	80,00 PLN

VII. Klauzula agresji pacjenta

Zapewnia wypłatę świadczenia w sytuacji naruszenia nietykalności cielesnej farmaceuty, rozumianego jako fizyczną napaść, zaistniałego podczas wykonywania czynności zawodowych.

SUMA UBEZPIECZENIA	LIMIT ŚWIADCZEŃ W OKRESIE UBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA
1 000 PLN	2	40,00 PLN

VIII. Klauzula utraty dochodu (niezdolności od pracy)

Klauzula świadczenia dziennego z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych zapewnia wsparcie finansowe farmaceucie w przypadku, gdy dozna on nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

WARIANT	KWOTA ŚWIADCZENIA DZIENNEGO	ŁĄCZNY LIMIT DZIENNYCH ŚWIADCZEŃ, MAKSYMALNIE ZA 180 DNI)	SKŁADKA ROCZNA
Wariant I	50,00 PLN	9 000,00 PLN	150,00 PLN
Wariant II	70,00 PLN	12 600,00 PLN	200,00 PLN
Wariant III	100,00 PLN	18 000,00 PLN	300,00 PLN

IX. 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, informuję, 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.

X. 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 tekstem:
 - Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 nr 293, poz. 1729)
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 1 stycznia 2016 r. (OC/OW033/1601)
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub użytkowania mienia z dnia 1 stycznia 2016 r. (OC/OW034/1601)
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (OS/OW041/1601) wraz z Klauzulą Ubezpieczenia Na Wypadek Zakażenia HIV i/lub WZW
 - Postanowień Dodatkowych Do Umowy Generalnej nr SZUG/021/2016i zaakceptowałem/am ich treść.
- Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.

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