

Data wpływu do Oddziału:	Data wpływu do Centrali:	Oddział zawierający umowę:
_____	_____	_____
Pośrednik		REGON:
_____		_____

pieczęć Oddziału

WNIOSEK

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych

A	Dane	Ubezpieczający	Ubezpieczony
	Imię i nazwisko / Nazwa		
	Adres		
	Telefon / Fax		
	E-mail		
	<input type="checkbox"/> NIP <input type="checkbox"/> REGON		

Rodzaj lecznictwa

- otwarte zamknięte

Rodzaj placówki:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pracownia diagnostyczna
<input type="checkbox"/> Dom dziennego pobytu
<input type="checkbox"/> Żłobek
<input type="checkbox"/> Przychodnia pielęgniarstwo - położnicza z wyłączeniem przyjmowania porodów
<input type="checkbox"/> Przychodnia nie wykonująca zabiegów ginekologicznych* poza drobnymi zabiegami**
<input type="checkbox"/> Ośrodek zdrowia nie wykonujący zabiegów ginekologicznych* poza drobnymi zabiegami**
<input type="checkbox"/> Poradnia nie wykonująca zabiegów ginekologicznych* poza drobnymi zabiegami** | <input type="checkbox"/> Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji
<input type="checkbox"/> Poradnia, przychodnia rehabilitacyjna
<input type="checkbox"/> Przychodnia dentystryczna bez zabiegów z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej
<input type="checkbox"/> Przychodnia dentystryczna z zabiegami z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej
<input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe
<input type="checkbox"/> NZOZ - chirurgia jednego dnia (klinika krótkiego pobytu)*** z wyłączeniem: chirurgii plastycznej i zabiegów ginekologicznych* poza drobnymi zabiegami** | <input type="checkbox"/> Specjalistyczny szpital psychiatryczny
<input type="checkbox"/> Zakład opiekuńczo-leczniczy
<input type="checkbox"/> Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
<input type="checkbox"/> Sanatorium
<input type="checkbox"/> Prewentorium
<input type="checkbox"/> Hospicjum
<input type="checkbox"/> Inna placówka (m. in.: apteka, sklep medyczny, zakład optyczny, zakład perukarski) jaka? <input style="width: 100px;" type="text"/> |
|--|---|---|

Rodzaj wykonywanych drobnych zabiegów ginekologicznych:

- usuwanie nadżerek zakładanie wkładek domacicznych pobieranie tkanek do analizy

Liczba pracowników medycznych:

liczba pracowników medycznych (lekarzy, pielęgniarek, diagnostów, techników) objętych ubezpieczeniem (pracownicy i podwykonawcy Ubezpieczonego) z podziałem na:

lekarzy w tym: anestezjologów, chirurgów, dentystów, ginekologów

pielęgniarki

pozostałych pracowników medycznych

liczba łóżek

* Za zabieg ginekologiczny uważa się każdy element postępowania diagnostycznego, profilaktycznego lub leczniczego zgodny ze ściśle określonymi zasadami medycyny, wykonywany ręcznie przy zastosowaniu narzędzi, aparatury i środków pomocniczych. Każda ingerencja w tkankę i narząd ciała (z jednym wyjątkiem - pobieraniem wymazu) jest traktowana jako zabieg ginekologiczny.

** Za drobny zabieg ginekologiczny uważa się wyłącznie: usuwanie nadżerek, zakładanie wkładek domacicznych, pobieranie tkanek do analizy.

*** Za NZOZ - chirurgię jednego dnia (klinika krótkiego pobytu) uważa się leczenie „jednego dnia” („świadczenie jednodniowe”) rozumiane jako proces diagnostyczno-terapeutyczny trwający maksymalnie 72 godziny.

B Ubezpieczenie dobrowolne

Wnioskowany okres ubezpieczenia Początek: dd/mm/rrrr Godz. 00:00 Koniec: dd/mm/rrrr Godz. 24:00

Wnioskowane ramy czasowe odpowiedzialności TU INTER Polska S.A. (zakreślić tylko jedno właściwe pole)

- Zasada roszczeń zgłoszonych

TU INTER Polska S.A. ponosi odpowiedzialność za szkody zgłoszone po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, także, gdy zdarzenie powodujące szkodę zaszło przed okresem ubezpieczenia, pod warunkiem zajścia zdarzenia powodującego szkodę po dacie początkowej.

- Zasada zdarzeń zaszłych

TU INTER Polska S.A. ponosi odpowiedzialność za szkody spowodowane zdarzeniami zaszłymi w okresie ubezpieczenia, także gdy zgłoszenie roszczenia następuje po zakończeniu okresu ubezpieczenia, z zachowaniem ustawowych terminów przedawnienia.

Wnioskowana suma gwarancyjna (zakreślić tylko jedno właściwe pole)

Na jedno zdarzenie

Na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> PLN 50.000 | PLN 100.000 |
| <input type="checkbox"/> PLN 100.000 | PLN 200.000 |
| <input type="checkbox"/> PLN 200.000 | PLN 200.000 |
| <input type="checkbox"/> PLN 200.000 | PLN 400.000 |
| <input type="checkbox"/> PLN 300.000 | PLN 600.000 |
| <input type="checkbox"/> PLN 500.000 | PLN 1.000.000 |

Uwaga:

Zawarcie umowy ubezpieczenia na zasadzie zdarzeń zaszłych jest możliwe tylko i wyłącznie do maksymalnej sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie w wysokości PLN 200.000

Uwaga:

Zawarcie umowy ubezpieczenia dla placówki lecznictwa zamkniętego jest możliwe tylko i wyłącznie na zasadzie roszczeń zgłoszonych.

Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przeniesienie chorób zakaźnych | <input type="checkbox"/> Wyrządzenie szkody osobom bliskim osób objętych ubezpieczeniem | <input type="checkbox"/> Drobne zabiegi ginekologiczne |
| <input type="checkbox"/> Przeniesienie zakażeń pokarmowych | <input type="checkbox"/> Odpowiedzialność cywilna pracodawcy (Klauzula nr 1) | |

C Ubezpieczenie obowiązkowe - zamówienia z SPZOZ

(podstawa - Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne)

Zakres przyjętego przez Ubezpieczającego / Ubezpieczonego zamówienia na świadczenia zdrowotne na podst art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.)

1. Kontrakt:

- z placówką lecznictwa otwartego TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu przyjmującego zamówienie TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu zlecającego zamówienie TAK NIE

Dane podmiotu zlecającego zamówienie

Imię i nazwisko / Nazwa	
Adres	
Telefon / Fax	

2. Kontrakt:

- z placówką lecznictwa otwartego TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu przyjmującego zamówienie TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu zlecającego zamówienie TAK NIE

Dane podmiotu zlecającego zamówienie

Imię i nazwisko / Nazwa	
Adres	
Telefon / Fax	

3. Kontrakt:

- z placówką lecznictwa otwartego TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu przyjmującego zamówienie TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu zlecającego zamówienie TAK NIE

Dane podmiotu zlecającego zamówienie

Imię i nazwisko / Nazwa	
Adres	
Telefon / Fax	

4. Kontrakt:

- z placówką lecznictwa otwartego TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu przyjmującego zamówienie TAK NIE
- z placówką lecznictwa zamkniętego - wykonywanie świadczeń w placówce podmiotu zlecającego zamówienie TAK NIE

Dane podmiotu zlecającego zamówienie

Imię i nazwisko / Nazwa	
Adres	
Telefon / Fax	

Uwaga! W przypadku większej liczby kontraktów prosimy o podanie ww. informacji na odrębnej liście i załączenie do wniosku.

Wnioskowany okres ubezpieczenia **Początek:** dd/mm/rrrr Godz. 00:00 **Koniec:** dd/mm/rrrr Godz. 24:00

Wnioskowana suma gwarancyjna
 46.500 € na jedno zdarzenie

Dobrowolne ubezpieczenie OC w INTER Polska:

TAK nr polisy NIE

D Ubezpieczenie obowiązkowe - kontrakt z NFZ

(podstawa - Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej)

Kontrakt z NFZ - świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późniejszymi zmianami)

Wnioskowany okres ubezpieczenia **Początek:** dd/mm/rrrr Godz. 00:00 **Koniec:** dd/mm/rrrr Godz. 24:00

Wnioskowana suma gwarancyjna
 12.000 € na jedno zdarzenie i 67.500 € na wszystkie zdarzenia (m. in.: apteka, sklep medyczny, zakład optyczny, zakład perukarski)
 46.500 € na jedno zdarzenie i 275.000 € na wszystkie zdarzenia

Dobrowolne ubezpieczenie OC w INTER Polska:

TAK nr polisy NIE

E Uwagi:

--

F Szkodowość:

Dotychczasowy zakład ubezpieczeń						
<input type="checkbox"/> Bezszkodowa kontynuacja w INTER Polska - liczba lat						
Informacja o szkodowości za ostatnie trzy lata	Przyczyna roszczenia	Rok	Liczba szkód	Łączna wysokość roszczeń	Kwota wypłaconych odszkodowań	Wysokość najwyższego odszk.
Opis najwyższego roszczenia						

G Składka**Płatność w ratach**TAK NIE
 1 rata (zniżka 5%)
 2 raty
 4 raty (zwyżka 5%)
Posiadane ubezpieczenia w INTER Polska:

<input type="checkbox"/> ubezpieczenie mienia	nr polis/y	<input type="text"/>	wysokość składki	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ubezpieczenie grupowe VISION	nr polis/y	<input type="text"/>	wysokość składki	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ubezpieczenie grupowe na życie	nr polis/y	<input type="text"/>	wysokość składki	<input type="text"/>

Przed podpisaniem wniosku prosimy o uważne przeczytanie poniższych oświadczeń.
Oświadczenia te stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
Ubezpieczający otrzymuje kopię niniejszego wniosku.

Oświadczam, że powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. W przypadku, gdy podane we wniosku informacje okażą się nieprawdziwe TU INTER Polska S.A. może odstąpić od umowy/ów ubezpieczenia lub żądać dopłaty składki, a w przypadku szkody zmniejszyć lub odmówić wypłaty odszkodowania. Przed sporządzeniem wniosku otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia, zapoznałem się z ich treścią i oświadczam, że ich postanowienia nie naruszają moich interesów.

Miejscowość i data Podpis Ubezpieczającego.....

Niniejszym dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez TU INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-674), ul. Marynarska 19A. Wyrażam również dobrowolną zgodę na udostępnienie moich danych osobowych podmiotom współpracującym z TU INTER Polska S.A. w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia.

Podpis

Wyrażam również dobrowolną zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez TU INTER Polska S.A. w celach marketingowych i statystycznych.

Podpis

Zgodnie z treścią art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o "ochronie danych osobowych" (Dz. U., Nr 133, poz. 883 z późn. zm.), dane osobowe ubezpieczającego będą przetwarzane przez TU INTER Polska S.A. oraz podmioty współpracujące z TU INTER Polska S.A. w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczającemu przysługuje prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Miejscowość, data

W imieniu Ubezpieczającego

Wniosek

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych