



PZU SA

**DEKLARACJA ZAWARCIA UMOWY OBOWIAZKOWEGO UBEZPIECZENIA
ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ DLA LEKARZY ZRZESZONYCH
W OKRĘGOWEJ IZBIE LEKARSKIEJ W GDAŃSKU
NR UMOWY GENERALNEJ NR:**

Informacje ogólne:

Dane	Ubezpieczający	Ubezpieczony
Imię i nazwisko / nazwa		
Adres		
Telefon / fax		
E-mail		
REGON		
PESEL		
NIP		
NR W REJESTRZE INDYWIDUALNEJ (SPECJALISTYCZNEJ) PRAKTYKI LEKARSKIEJ		

Proszę określić zakres specjalizacji (zaznaczyć właściwą specjalizację/specjalizacje) z uwzględnieniem poniższych zasad :

- a) Istnieje możliwość wielokrotnego wyboru,
- b) W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalizacji prosimy wskazać faktycznie wykonywaną (wykonywane),
- c) W przypadku posiadania specjalizacji, a wykonywania w praktyce innej specjalizacji (np. w trakcie specjalizowania się), prosimy wskazać faktycznie wykonywaną.
- d) Jeżeli lekarz ma dwie lub więcej specjalizacji i wszystkie wykonuje, to o przynależności do grupy decyduje ta specjalizacja, która jest w grupie o najwyższej składce.
- e) W przypadku zaznaczenia braku specjalizacji, proszę podać faktycznie wykonywane czynności (w ramach jakiej specjalizacji)
.....
- e) Proszę o podanie informacji czy ubezpieczony wykonuje zabiegi chirurgiczne, endoskopowe lub z zakresu radiologii interwencyjnej lub wymagające uzyskania od pacjenta lub uprawnionej osoby zgody na przeprowadzenie zabiegu w formie pisemnej

Tak Nie

Jeśli TAK : Dla lekarzy zaszeregowanych do grupy I nalicza się składkę przewidziana dla grupy II

Grupa ryzyka	Specjalności
III	<input type="checkbox"/> anestezjologia i intensywne terapie, <input type="checkbox"/> chirurgia dziecięca, <input type="checkbox"/> chirurgia klatki piersiowej, <input type="checkbox"/> chirurgia ogólna, <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowo-twarzowa, <input type="checkbox"/> kardiochirurgia, <input type="checkbox"/> neurochirurgia, <input type="checkbox"/> ortopedia i traumatologia narządu ruchu, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia, <input type="checkbox"/> urologia, <input type="checkbox"/> chirurgia naczyniowa, <input type="checkbox"/> chirurgia onkologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia plastyczna, <input type="checkbox"/> ginekologia onkologiczna, <input type="checkbox"/> urologia dziecięca, <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna, <input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa, <input type="checkbox"/> neonatologia
II	<input type="checkbox"/> medycyna sportowa, <input type="checkbox"/> ortodoncja, <input type="checkbox"/> periodontologia, <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna, <input type="checkbox"/> radioterapia onkologiczna, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją
I	<input type="checkbox"/> inna specjalizacja lekarska, jaka.....

Informacje o ubezpieczeniu:

Czy w stosunku do Pana(i) w ciągu ostatnich 36 miesięcy pacjenci zgłaszali roszczenia,

Tak Nie

(jeśli tak, to proszę podać okoliczności oraz datę i wysokość wypłaconego odszkodowania)

.....
.....

Podstawa ubezpieczenia: Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 27 grudnia 2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (DzU Nr 293 poz.1729)

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych:

- 1) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem;
- 2) 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentystry wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,

Okres ubezpieczenia: od.....2012r. do.....

Składki taryfowe w złotych za okres 12 miesięcy dla sum gwarancyjnych powyżej określonych zgodnie z RMF		
lekarze III grupy	lekarze II grupy	lekarze I grupy
754 zł	323 zł	162 zł

Składka za ubezpieczenie:

Płatność należy dokonać na konto: PZU SA oddział w Sopocie, 81-824 Sopot, ul. Armii Krajowej 116
Nr rachunku: **71 160 2244 1160 0000 8972 9106**

Oświadczenie

Oświadczam, że podane powyżej dane i informacje są prawdziwe oraz, że nie zostały zniekształcone ani pominięte jakiegokolwiek istotne fakty.

....., data.....r.
(mięscowość)

.....
(podpis ubezpieczającego)

Na podstawie art. 815 kodeksu cywilnego podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.

Instrukcja wypełnienia deklaracji

- a. Ubezpieczający obligatoryjnie wypełnia deklarację drukowanymi literami
- b. Składkę zgodną z wybranym wariantem Ubezpieczony przelewa na wskazane we wniosku przez PZU SA konto
- c. Ubezpieczony do wypełnionej deklaracji dołącza potwierdzenie dokonanego przelewu do PZU SA
Ubezpieczony przesyła listem poleconym lub dostarcza osobiście wypełnioną deklarację wraz z kserokopią potwierdzenia dokonanego przelewu do PZU: PZU SA Oddział w Sopocie 81-824 Sopot, ul. Armii Krajowej 116
- d. W ciągu 14 dni od otrzymania przez PZU deklaracji wraz z potwierdzeniem opłacenia składki otrzymacie Państwo od PZU SA– listem poleconym na wskazany w deklaracji adres dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, stanowiącą wraz z wnioskiem integralną część ubezpieczenia

Osoby do kontaktu:

KATARZYNA FELIŃSKA
Specjalista MSP
e-mail: kfelinska@pzu.pl
tel. 058 308 38 22
kom. 666 886 947

JOANNA URBAŃSKA
Kierownik Sprzedaży
e-mail: jourbanska@pzu.pl
tel. 058 308 38 23
kom. 666 886 949

BARBARA PIEKAREK
Broker Specjalista
e-mail: b.piekarek@stbu.pl
tel. 058 555 82 43
kom. 609 738 126