

## Wniosek o zawarcie ubezpieczenia OC

zgodnie z ofertą PZU S.A. ubezpieczenia dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Gorzowie Wlkp.

|                         |                |                                              |
|-------------------------|----------------|----------------------------------------------|
| Dane                    | Ubezpieczający | Ubezpieczony /jeśli inny niż Ubezpieczający/ |
| Imię i Nazwisko / Nazwa |                |                                              |
| Adres                   |                |                                              |
| Telefon kontaktowy      |                |                                              |
| E - mail                |                |                                              |
| PESEL                   |                |                                              |
| NIP                     |                |                                              |
| REGON                   |                |                                              |

Nr rejestru w OIL w Gorzowie Wlkp.

### Forma wykonywania zawodu:

☐

**indywidualna praktyka tj.:** w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako

indywidualna praktyka lekarska, indywidulna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidulna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidulna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidulna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidulna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem,

☐

**grupowa praktyka tj.**

lekarz realizujący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska  
uwaga kalkulacja składki odbywa się INDYWIDUALNIE na każdego lekarza współnika spółki

### Specjalizacja:

W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalizacji prosimy wskazać faktycznie wykonywaną/wykonywane).

W przypadku posiadania specjalizacji, a wykonywania w praktyce innej specjalizacji (w trakcie specjalizowania się), o przynależności do odpowiedniej grupy ryzyka decyduje faktycznie wykonywana / o najwyższej grupie ryzyka/.

| Grupa ryzyka | Specjalizacja:                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| III          | anestezjologia i intensywna terapia,<br>neurochirurgia,<br>położnictwo i ginekologia,<br>chirurgia naczyniowa,<br>chirurgia plastyczna,<br>medycyna ratunkowa, | chirurgia dziecięca,<br>ortopedia i traumatologia narz. ruchu,<br>urologia,<br>chirurgia onkologiczna,<br>ginekologia onkologiczna,<br>neonatologia; | chirurgia klatki piersiowej,<br>chirurgia szczękowo-twarzowa<br>chirurgia ogólna,<br>kardiochirurgia,<br>urologia dziecięca,<br>chirurgia stomatologiczna, |
| II           | medycyna sportowa, ortodoncja,<br>stomatologia dziecięca,                                                                                                      | periodontologia,<br>radioterapia onkologiczna,                                                                                                       | protetyka stomatologiczna,<br>stomatologia zachowawcza z<br>endodoncją                                                                                     |
| I            | inna specjalizacja lekarska, jaka.....                                                                                                                         |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                            |

### Tytuł naukowy:

doktor nauk medycznych,

tytuł specjalisty (nazwa) .....

### Ostatnie ubezpieczenie OC zawarto w

PZU S.A.

nr polisy

okres ubezpieczenia do

zachowując 3 letnia ciągłość kontynuacji ubezpieczenia w PZU S.A.

innym zakładzie ubezpieczeń

Czy w stosunku do Pana(i) w ciągu ostatnich 36 miesięcy zgłaszane były roszczenia związane z wykonywaniem zawodu lekarza?

NIE

TAK

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



**MERYDIAN S.A.**  
BROKERSKI DOM UBEZPIECZENIOWY

tel. (0 42) 637 77 96 - 98, fax (042) 637 77 99, [medyczne@merydian.pl](mailto:medyczne@merydian.pl)

"MERYDIAN" Brokerski Dom Ubezpieczeniowy Spółka Akcyjna z siedzibą i adresem w Łodzi (90-456) przy ul. Piotrkowskiej 233  
wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000048205  
NIP 725-17-06-712, REGON 472042317, kapitał zakładowy 500 000 zł - opłacony w całości

Ja ..... niniejszym  
wyrażam wolę zawarcia ubezpieczenia w niżej określonym zakresie zgodnie z ofertą dla członków OIL w Gorzowie Wlkp.

Okres ochrony ubezpieczeniowej od

do

### obowiązkowe ubezpieczenie OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Suma gwarancyjna w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy: równowartość w złotych **75.000 euro** w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz **350.000 euro** w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC.

Składka\* dla gr. ryzyka I : 182 zł; gr. II: 335 zł; gr. III: 782 zł

### nadwyżkowe dobrowolne ubezpieczenie OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

#### Suma gwarancyjna w okresie 12 miesięcy:

|              |                             |                 |                 |
|--------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| 50 000 zł    | składka* dla gr. I : 48 zł; | gr. II: 95 zł;  | gr. III: 199 zł |
| 100 000 zł   | składka* dla gr. I : 60 zł; | gr. II: 125 zł; | gr. III: 261 zł |
| 200 000 zł   | składka* dla gr. I : 90 zł; | gr. II: 184 zł  | gr. III: 384 zł |
| 500 000 zł   | składka* dla gr. I: 148 zł; | gr. II: 299 zł  | gr. III: 625 zł |
| 1 000 000 zł | składka* dla gr. I 201 zł   | gr. II: 409 zł; | gr. III: 853 zł |

#### rozszerzenie zakresu podstawowego odpowiedzialności cywilnej o klauzule dodatkowe

##### - taryfikacja składki indywidualna:

za szkody będące **następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych**, jeśli są udzielane w przypadkach **niebędących** następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia,

za szkody będące następstwem wypadku ubezpieczeniowego, który zaszedł **poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**.

### dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością i posiadanym mieniem

#### Z sumą gwarancyjną w okresie 12 miesięcy

|            |                |
|------------|----------------|
| 50 000 zł  | składka 109 zł |
| 100 000 zł | składka 153 zł |
| 200 000 zł | składka 214 zł |

#### rozszerzenie zakresu podstawowego odpowiedzialności cywilnej o klauzule dodatkowe:

- Klauzula Nr 5 Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody wyrządzone pracownikom ubezpieczonego w związku z wypadkiem przy pracy – **OC pracodawcy**.

Do rozwinięcia sumy gwarancyjne rozszerzenia

|            |                |
|------------|----------------|
| 50 000 zł  | składka 64 zł  |
| 100 000 zł | składka 128 zł |
| 200 000 zł | składka 256 zł |

- Klauzula Nr 6 Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody powstałe w związku z przedostaniem się niebezpiecznych substancji do powietrza, wody lub gruntu, a także wszelkie koszty związane z usunięciem, oczyszczeniem i utylizacją jakichkolwiek zanieczyszczeń - **OC za szkody w środowisku**.

Do rozwinięcie sumy gwarancyjne rozszerzenia

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 50 000 zł  | składka 625 zł  |
| 100 000 zł | składka 813 zł  |
| 200 000 zł | składka 1056 zł |

Klauzula Nr 7 Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody powstałe w nieruchomościach, z których ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, użyczenia, leasingu lub innej podobnej formy korzystania z cudzej rzeczy – **OC najemcy nieruchomości**,

Do rozwinięcie sumy gwarancyjne rozszerzenia

|            |                |
|------------|----------------|
| 50 000 zł  | składka 120 zł |
| 100 000 zł | składka 240 zł |
| 200 000 zł | składka 342 zł |

- Klauzula Nr 8 Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności o szkody powstałe w rzeczach ruchomych, z których ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, użyczenia, leasingu lub innej podobnej formy korzystania z cudzej rzecz – **OC najemcy ruchomości**.

Do rozwinięcie sumy gwarancyjne rozszerzenia

|            |                |
|------------|----------------|
| 50 000 zł  | składka 160 zł |
| 100 000 zł | składka 320 zł |
| 200 000 zł | składka 390 zł |

\* Zniżka składki

1. w odniesieniu do osób posiadających tytuł naukowy albo tytuł specjalisty ustaloną składkę obniża się: o 10%
2. Jeżeli zawierana umowa ubezpieczenia OC stanowi bezszkodową kontynuację w PZU S.A. ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczającemu przysługuje obniżka ustalonej składki w wysokości 5 %.  
Za bezszkodową kontynuację uważa się brak wypłaconych przez PZU SA odszkodowań i zgłoszonych roszczeń z ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych odpowiedzialności cywilnej związanych z wykonywaniem działalności leczniczej albo wykonywaniem zawodu lekarza w okresie 36 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia OC. Obniżka za kontynuację umowy ubezpieczenia OC, o której mowa wyżej, przysługuje w przypadku zachowania w PZU S.A. ciągłości (nie przerwanej ochrony ubezpieczeniowej) w ramach ubezpieczeń obowiązkowych i dobrowolnych odpowiedzialności cywilnej związanych z wykonywaniem działalności leczniczej, albo wykonywaniem zawodu lekarza, przez okres co najmniej 36 miesięcy.

\*\* Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta zgodnie z datą zadeklarowaną we wniosku, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania wniosku przez Merydian (pod warunkiem otrzymania wniosku do godziny 12:00).

Niniejszym upoważniam Merydian Brokerski Dom Ubezpieczeniowy S.A. do zawarcia w moim imieniu i na moją rzecz umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej PZU S.A. w zakresie wyżej określonym zgodnie z ofertą dla członków OIL w Gorzowie Wlkp.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.) wszystkich przekazanych przeze mnie danych osobowych, przez „MERYDIAN” Brokerski Dom Ubezpieczeniowy S.A. (Łódź, ul. Piotrkowska 233 w Łodzi) dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu zawierania lub doprowadzania do zawarcia umów ubezpieczenia, wykonywania czynności przygotowawczych do zawarcia umów ubezpieczenia oraz uczestniczenia w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, również w sprawach o odszkodowanie, a także rozwiązywania zawartych umów ubezpieczenia dobrowolnego i obowiązkowego.

Przez przetwarzanie danych osobowych rozumie się także przekazanie danych krajowym zakładom ubezpieczeń i zagranicznym zakładom ubezpieczeń posiadającym zezwolenie na prowadzenie działalności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o adresie administratora moich danych osobowych, którym jest „Merydian” Brokerski Dom Ubezpieczeniowy S.A., o celu zbierania danych oraz o przysługującym mi prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Oświadczam, że nie wpłynęły do mnie żadne roszczenia o naprawienie szkody wynikłej z wykonywanych przeze mnie czynności zawodowych.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis



**MERYDIAN S.A.**  
BROKERSKI DOM UBEZPIECZENIOWY

tel. (0 42) 637 77 96 - 98, fax (042) 637 77 99, [medyczne@merydian.pl](mailto:medyczne@merydian.pl)

**"MERYDIAN" Brokerski Dom Ubezpieczeniowy Spółka Akcyjna z siedzibą i adresem w Łodzi (90-456) przy ul. Piotrkowskiej 233**  
wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000048205  
NIP 725-17-06-712, REGON 472042317, kapitał zakładowy 500 000 zł - opłacony w całości

**Informacja dla członków OIL w Gorzowie Wlkp. - prosimy przeczytać przed wypełnieniem wniosku**

Informujemy, iż złożenie przez brokera ubezpieczeniowego - Merydian BDU S.A. wniosku do Ubezpieczyciela w imieniu Ubezpieczającego jest równoznaczne z zawarciem umowy ubezpieczenia – w przypadku braku zapłaty składki PZU S.A. i zgodnie z Kodeksem Cywilnym ma prawo wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność.

Informacje można uzyskać w MERYDIAN B.D.U. S.A: w godzinach pracy 8-16.00:  
w biurze Łódź ul. Piotrkowska 233, II piętro  
dzwoniąc pod numer tel. **42 637 77 96 – 98** lub tel. kom. **602-129-552** lub tel. kom. **601-160-059**  
przesyłając zapytanie na adres [medyczne@merydian.pl](mailto:medyczne@merydian.pl)

