

**CENTRUM ZGŁASZANIA SZKÓD**0801 888 997 lub 22 333 77 88 (dla połączeń z tel. kom.)
(godz. 09:00 – 17:00, od poniedziałku do piątku)
odszkodowanie@interpolska.pl**WNIOSKOPOLISA Seria LM nr****CENTRUM ASYSTY PRAWNEJ** – wyłącznie dla posiadaczy ubezpieczenia ochrony prawnej22 568 98 36
(godz. 09:00 – 21:00, od poniedziałku do piątku)
interpolska@coris.pl

zawiera 6 stron

Proszę wypełnić dużymi drukowanymi literami. Każda zmiana powinna zostać potwierdzona podpisem przez Ubezpieczającego.

A	Nr ID Pośrednika	Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika	Numer ID O.W.C.A.	Dane jednostki INTER Polska S.A.
	<input type="checkbox"/> Kontynuacja polisy seria, numer: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄstr. 2 <input type="checkbox"/> DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCHstr. 3 <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE KOSZTÓW OCHRONY PRAWNEJ DLA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD MEDYCZNYstr. 6 <input type="checkbox"/> UBEZPIECZENIE INTER OCHRONA HIV/WZWstr. 6				
B	Dane Ubezpieczającego		Dane Ubezpieczonego	
	<input type="checkbox"/> Ubezpieczający jest Ubezpieczonym		Ubezpieczenie Grupy <input type="checkbox"/> Tak*	
	Imię i nazwisko/nazwa firmy <input type="text"/>		Imię i nazwisko/nazwa firmy <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani		<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	
	Adres <input type="text"/>		Adres <input type="text"/>	
	Adres do korespondencji <input type="text"/>		Adres do korespondencji <input type="text"/>	
	Telefon/Fax <input type="text"/>		Telefon/Fax <input type="text"/>	
	E-mail <input type="text"/>		E-mail <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> PESEL <input type="checkbox"/> REGON <input type="checkbox"/> NIP		<input type="checkbox"/> PESEL <input type="checkbox"/> REGON <input type="checkbox"/> NIP	
	Seria i nr dowodu tożsamości <input type="text"/>		Seria i nr dowodu tożsamości <input type="text"/>	
Numer, data wydania i organ wydający dokument uprawniający do wykonywania zawodu <input type="text"/>				
Numer i data wpisu do rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą <input type="text"/>				
Przynależność do Izby Lekarskiej				
<input type="checkbox"/> 50 – Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku <input type="checkbox"/> 51 – Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białym <input type="checkbox"/> 52 – Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy <input type="checkbox"/> 53 – Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku <input type="checkbox"/> 54 – Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim <input type="checkbox"/> 55 – Śląska Izba Lekarska w Katowicach <input type="checkbox"/> 56 – Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach <input type="checkbox"/> 57 – Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie				
<input type="checkbox"/> 58 – Lubelska Izba Lekarska w Lublinie <input type="checkbox"/> 59 – Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi <input type="checkbox"/> 60 – Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie <input type="checkbox"/> 61 – Opolska Izba Lekarska w Opolu <input type="checkbox"/> 62 – Okręgowa Izba Lekarska w Płocku <input type="checkbox"/> 63 – Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu <input type="checkbox"/> 64 – Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie <input type="checkbox"/> 65 – Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie				
<input type="checkbox"/> 66 – Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie <input type="checkbox"/> 67 – Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu <input type="checkbox"/> 68 – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie <input type="checkbox"/> 69 – Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu <input type="checkbox"/> 70 – Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze <input type="checkbox"/> 72 – Wojskowa Izba Lekarska <input type="checkbox"/> 74 – Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie <input type="checkbox"/> 75 – Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie				
Podmiot należy do Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie <input type="checkbox"/> Tak				
Okres ubezpieczenia		Od (dd-mm-rrrr) <input type="text"/> - - Do (dd-mm-rrrr) <input type="text"/> - -		
Warunki płatności		<input type="checkbox"/> gotówka <input type="checkbox"/> przelew numer konta:		
Łączna składka do zapłaty w zł		<input type="text"/>		
Rozliczenie składki	1 rata	2 rata	3 rata	4 rata
Kwota	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Termin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Potwierdza się odbiór składki/1 raty składki w kwocie:		Słownie:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
C	OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA:			
	Na podstawie art. 24 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. Ust. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późn. zmianami), Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, informuje, że:			
	- jest administratorem Pani/Pana danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 Kodeksu Cywilnego, które będą przez nas przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów i usług, - przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pani/Pana uprzedniej zgody. - w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom stanowiącym jednostki powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz z nim współpracującym na podstawie umowy.			
OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO				
- Oświadczam, że udzieliłem powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i że znane są mi sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielanie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych. - Oświadczam, że otrzymałem tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi stanowiącymi podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz zapoznałem/zapoznałam się z nimi i zaakceptowałem/zaakceptowałam ich treść. - Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałem/zapoznałam się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172				
ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO				
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych, w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczeniowej oraz w celach statystycznych w zakresie wyszczególnionym w umowie ubezpieczenia.				
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją zawartej umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.) od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz współpracujących na podstawie umowy.				
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.) od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz współpracujących na podstawie umowy.				
- Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom stanowiącym jednostki powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz z nim współpracującym na podstawie umowy w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.				
<input type="checkbox"/> Nie* <input type="checkbox"/> Nie*				
* Od wyrażenia zgody na powyższe nie zależała się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o zaznaczenie powyżej pola NIE.				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Miejscowość, dnia		Ubezpieczający		TU INTER Polska S.A.



D**OBOWIĄZKOWE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie Obowiązkowego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą z dnia 22 grudnia 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. nr 293, poz. 1729).

Ubezpieczona Specjalność i Suma Gwarancyjna

Suma gwarancyjna (€) na jedno i na wszystkie zdarzenia*** – proszę zaznaczyć jedno pole

 75 000/350 000 100 000/350 000 150 000/350 000**Świadczenia Udzielane w Ramach Lecznictwa Ambulatoryjnego – Praktyki Zawodowe**

Grupa ryzyka	Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko–dentystycznej)**	Miejsce udzielania świadczeń			
		Gabinet prywatny i miejsce wezwania		Inne miejsce*	
		Pacjenci prywatni	Pacjenci NFZ	Pacjenci prywatni	Pacjenci NFZ
1	<input type="checkbox"/> Alergologia, <input type="checkbox"/> audiologia i foniatria, <input type="checkbox"/> balneologia i medycyna fizykalna, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne, <input type="checkbox"/> choroby zakaźne, <input type="checkbox"/> diabetologia, <input type="checkbox"/> dermatologia i wenerologia, <input type="checkbox"/> diagnostyka laboratoryjna, <input type="checkbox"/> endokrynologia, <input type="checkbox"/> epidemiologia, <input type="checkbox"/> farmakologia kliniczna, <input type="checkbox"/> gastroenterologia, <input type="checkbox"/> genetyka kliniczna, <input type="checkbox"/> geriatria, <input type="checkbox"/> hematologia, <input type="checkbox"/> hipertensjologia, <input type="checkbox"/> immunologia kliniczna, <input type="checkbox"/> kardiologia, <input type="checkbox"/> kardiologia dziecięca, <input type="checkbox"/> lekarz bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> medycyna nuklearna, <input type="checkbox"/> medycyna paliatywna, <input type="checkbox"/> medycyna pracy, <input type="checkbox"/> medycyna rodzinna, <input type="checkbox"/> medycyna sądowa, <input type="checkbox"/> medycyna sportowa, <input type="checkbox"/> medycyna transportu, <input type="checkbox"/> mikrobiologia lekarska, <input type="checkbox"/> nefrologia, <input type="checkbox"/> neurologia, <input type="checkbox"/> neurologia dziecięca, <input type="checkbox"/> neuropatologia, <input type="checkbox"/> onkologia i hematologia dziecięca, <input type="checkbox"/> patomorfologia, <input type="checkbox"/> pediatria, <input type="checkbox"/> psychiatria, <input type="checkbox"/> psychiatria dzieci i młodzieży, <input type="checkbox"/> radiologia i diagnostyka obrazowa, <input type="checkbox"/> rehabilitacja medyczna, <input type="checkbox"/> reumatologia, <input type="checkbox"/> seksuologia, <input type="checkbox"/> toksykologia kliniczna, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarska), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 1 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> Ginekologia onkologiczna, <input type="checkbox"/> radioterapia onkologiczna, <input type="checkbox"/> transfuzjologia kliniczna, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 2 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 3 grupy bez wykonywania czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> ortodoncja, <input type="checkbox"/> periodontologia, <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 4 grupy z wykonywaniem czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/> Anestezjologia i intensywna terapia, <input type="checkbox"/> angiologia, <input type="checkbox"/> chirurgia dziecięca, <input type="checkbox"/> chirurgia klatki piersiowej, <input type="checkbox"/> chirurgia naczyniowa, <input type="checkbox"/> chirurgia ogólna, <input type="checkbox"/> chirurgia onkologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowo-twarzowa, <input type="checkbox"/> kardiochirurgia, <input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa, <input type="checkbox"/> neonatologia, <input type="checkbox"/> neurochirurgia, <input type="checkbox"/> okulistyka, <input type="checkbox"/> onkologia kliniczna, <input type="checkbox"/> ortopedia i traumatologia narządów ruchu, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia dziecięca, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (z wyłączeniem przyjmowania porodów), <input type="checkbox"/> transplantologia kliniczna, <input type="checkbox"/> urologia, <input type="checkbox"/> urologia dziecięca, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 5 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> Chirurgia plastyczna, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (przyjmowanie porodów), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 7 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Inne miejsce – np. Podmiot Leczniczy.

Świadczenia Udzielane w Ramach Lecznictwa Stacjonarnego i Całodobowego – Praktyki Zawodowe

Grupa ryzyka	Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko–dentystycznej)**	Miejsce udzielania świadczeń		
		Szpitalne		Inne niż szpitalne*
		Szpital prywatny	Szpital publiczny	
1	<input type="checkbox"/> Alergologia, <input type="checkbox"/> audiologia i foniatria, <input type="checkbox"/> balneologia i medycyna fizykalna, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne, <input type="checkbox"/> choroby zakaźne, <input type="checkbox"/> diabetologia, <input type="checkbox"/> dermatologia i wenerologia, <input type="checkbox"/> diagnostyka laboratoryjna, <input type="checkbox"/> endokrynologia, <input type="checkbox"/> epidemiologia, <input type="checkbox"/> farmakologia kliniczna, <input type="checkbox"/> gastroenterologia, <input type="checkbox"/> genetyka kliniczna, <input type="checkbox"/> geriatria, <input type="checkbox"/> hematologia, <input type="checkbox"/> hipertensjologia, <input type="checkbox"/> immunologia kliniczna, <input type="checkbox"/> kardiologia, <input type="checkbox"/> kardiologia dziecięca, <input type="checkbox"/> lekarz bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> medycyna nuklearna, <input type="checkbox"/> medycyna paliatywna, <input type="checkbox"/> medycyna pracy, <input type="checkbox"/> medycyna rodzinna, <input type="checkbox"/> medycyna sądowa, <input type="checkbox"/> medycyna sportowa, <input type="checkbox"/> medycyna transportu, <input type="checkbox"/> mikrobiologia lekarska, <input type="checkbox"/> nefrologia, <input type="checkbox"/> neurologia, <input type="checkbox"/> neurologia dziecięca, <input type="checkbox"/> neuropatologia, <input type="checkbox"/> onkologia i hematologia dziecięca, <input type="checkbox"/> patomorfologia, <input type="checkbox"/> pediatria, <input type="checkbox"/> psychiatria, <input type="checkbox"/> psychiatria dzieci i młodzieży, <input type="checkbox"/> radiologia i diagnostyka obrazowa, <input type="checkbox"/> rehabilitacja medyczna, <input type="checkbox"/> reumatologia, <input type="checkbox"/> seksuologia, <input type="checkbox"/> toksykologia kliniczna, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarska), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 1 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> Ginekologia onkologiczna, <input type="checkbox"/> radioterapia onkologiczna, <input type="checkbox"/> transfuzjologia kliniczna, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 2 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 3 grupy bez wykonywania czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> ortodoncja, <input type="checkbox"/> periodontologia, <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 4 grupy z wykonywaniem czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupa ryzyka	Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko–dentystycznej)**	Miejsce udzielania świadczeń		
		Szpitalne		Inne niż szpitalne*
		Szpital prywatny	Szpital publiczny	
5	<input type="checkbox"/> Anestezjologia i intensywne terapia, <input type="checkbox"/> angiologia, <input type="checkbox"/> chirurgia dziecięca, <input type="checkbox"/> chirurgia klatki piersiowej, <input type="checkbox"/> chirurgia naczyniowa, <input type="checkbox"/> chirurgia ogólna, <input type="checkbox"/> chirurgia onkologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowo-twarzowa, <input type="checkbox"/> kardiochirurgia, <input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa, <input type="checkbox"/> neonatologia, <input type="checkbox"/> neurochirurgia, <input type="checkbox"/> okulistyka, <input type="checkbox"/> onkologia kliniczna, <input type="checkbox"/> ortopedia i traumatologia narządów ruchu, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia dziecięca, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (z wyłączeniem przyjmowania porodów), <input type="checkbox"/> transplantologia kliniczna, <input type="checkbox"/> urologia, <input type="checkbox"/> urologia dziecięca, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 5 grupy, <input type="checkbox"/> Praca w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/> Chirurgia plastyczna, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (przyjmowanie porodów), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 7 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **Inne niż szpitalne** – zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej są to: Zakład opiekuńczo–leczniczy, zakład pielęgnacyjno–opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, hospicjum.

** Uwaga!

- Specjalności lekarskie nie ujęte w niniejszej Wnioskopolisie mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową wyłącznie ze składką ustaloną przez Biuro Ubezpieczeń Medycznych i OC Centrali INTER Polska.
- W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalności, a wykonywania jednej – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność, która jest faktycznie wykonywana przez Ubezpieczonego.
- Jeżeli lekarz ma dwie lub więcej specjalności i wszystkie wykonuje – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność z najwyższej grupy ryzyka
- W przypadku posiadania specjalności a wykonywania w praktyce innej – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność, która jest faktycznie wykonywana przez Ubezpieczonego.
- W przypadku braku specjalności lub w trakcie specjalizacji – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność, która jest faktycznie wykonywana przez Ubezpieczonego.
- W przypadku pracy w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – do oceny ryzyka przyjmuje się składki z 5 grupy ryzyka.

*** Przez pogrubienie i zacieniowanie wyróżniono minimalną sumę gwarancyjną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. nr 293, poz. 1729).

Udzielanie świadczeń pacjentom zagranicznym	<input type="checkbox"/> Tak
Wykonywanie usług z zakresu medycyny manualnej	<input type="checkbox"/> Tak

Szkodowość w ostatnich 3 latach

Łączna wartość szkód w rezerwie i wypłaconych odszkodowań	Opis szkód

Składka taryfowa:					
Liczba i współczynnik rat:	<input type="checkbox"/> 1 rata	<input type="checkbox"/> 2 raty 1,05	<input type="checkbox"/> 4 raty 1,10	Współczynnik okresu ubezpieczenia:	
Współczynnik niżki pakietowej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie	Numer Polisy	Składka	Współczynnik niżki specjalnej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> OC dobrowolna				Współczynnik szkodowości:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> INTER Ochrona Prawna					
<input type="checkbox"/> INTER Ochrona HIV/WZW					
<input type="checkbox"/> INTER Partner				1,10 za szkodowość do 2 tys. zł _____ za szkodowość pow. 2 tys. zł (do decyzji BMC Centrali TU INTER Polska S.A.)	
<input type="checkbox"/> INTER Lokum				Współczynnik oceny ryzyka	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Inne				(do decyzji BMC Centrali TU INTER Polska S.A.)	
Współczynnik niżki marketingowej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie	Współczynnik rezygnacji z regresu**:	<input type="checkbox"/> Tak (1,1) <input type="checkbox"/> Nie	Składka końcowa za ubezpieczenie*:	

* Po zastosowaniu wszystkich zniżek składka nie może być mniejsza niż 35% składki taryfowej.

** dotyczy regresu wynikającego z art. 11 ust. 2 i 11 ust. 3 Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

E DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Dobrowolnego Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Podmiotów Udzielających Świadczeń Zdrowotnych zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska S.A. nr 9/2015 z dnia 11.03.2015 r.

Ubezpieczona Specjalność i Suma Gwarancyjna

Wysokość sumy gwarancyjnej na jedno i wszystkie zdarzenia (€) proszę zaznaczyć jedno pole
<input type="checkbox"/> 12 500/12 500 <input type="checkbox"/> 12 500/25 000 <input type="checkbox"/> 25 000/25 000 <input type="checkbox"/> 25 000/50 000 <input checked="" type="checkbox"/> 50 000/50 000 <input type="checkbox"/> 50 000/100 000 <input type="checkbox"/> 75 000/75 000 <input type="checkbox"/> 75 000/350 000 <input type="checkbox"/> 100 000/350 000 <input type="checkbox"/> 150 000/350 000

Świadczenia udzielane w ramach lecznictwa ambulatoryjnego						Praktyka lekarska (zakres tylko z wariantu A)
Gupa ryzyka	Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko-dentystycznej)**	Rodzaj zatrudnienia				
		Umowa cywilnoprawna dla 6 grupy ryzyka – praktyka zawodowa (zakres z wariantu B)		Umowa o pracę (zakres z wariantu B)		
		Pacjenci prywatni	Pacjenci NFZ	Pacjenci prywatni	Pacjenci NFZ	
1	<input type="checkbox"/> Alergologia, <input type="checkbox"/> audiologia i foniatria, <input type="checkbox"/> balneologia i medycyna fizykalna, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne, <input type="checkbox"/> choroby zakaźne, <input type="checkbox"/> diabetologia, <input type="checkbox"/> dermatologia i wenerologia, <input type="checkbox"/> diagnostyka laboratoryjna, <input type="checkbox"/> endokrynologia, <input type="checkbox"/> epidemiologia, <input type="checkbox"/> farmakologia kliniczna, <input type="checkbox"/> gastroenterologia, <input type="checkbox"/> genetyka kliniczna, <input type="checkbox"/> geriatrya, <input type="checkbox"/> hematologia, <input type="checkbox"/> hipertensjologia, <input type="checkbox"/> immunologia kliniczna, <input type="checkbox"/> kardiologia, <input type="checkbox"/> kardiologia dziecięca, <input type="checkbox"/> lekarz bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> medycyna nuklearna, <input type="checkbox"/> medycyna paliatywna, <input type="checkbox"/> medycyna pracy, <input type="checkbox"/> medycyna rodzinna, <input type="checkbox"/> medycyna sądowa, <input type="checkbox"/> medycyna sportowa, <input type="checkbox"/> medycyna transportu, <input type="checkbox"/> mikrobiologia lekarska, <input type="checkbox"/> nefrologia, <input type="checkbox"/> neurologia, <input type="checkbox"/> neurologia dziecięca, <input type="checkbox"/> neuropatologia, <input type="checkbox"/> onkologia i hematologia dziecięca, <input type="checkbox"/> patomorfologia, <input type="checkbox"/> pediatria, <input type="checkbox"/> psychiatria, <input type="checkbox"/> psychiatria dzieci i młodzieży, <input type="checkbox"/> radiologia i diagnostyka obrazowa, <input type="checkbox"/> rehabilitacja medyczna, <input type="checkbox"/> reumatologia, <input type="checkbox"/> seksuologia, <input type="checkbox"/> student medycyny lub praktykant, <input type="checkbox"/> toksykologia kliniczna, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarska), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 1 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> Ginekologia onkologiczna, <input type="checkbox"/> radioterapia onkologiczna, <input type="checkbox"/> transfuzjologia kliniczna, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 2 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 3 grupy bez wykonywania czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> Ortodoncja, <input type="checkbox"/> periodontologia, <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 4 grupy z wykonywaniem czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/> Anestezjologia i intensywna terapia, <input type="checkbox"/> angiologia, <input type="checkbox"/> chirurgia dziecięca, <input type="checkbox"/> chirurgia klatki piersiowej, <input type="checkbox"/> chirurgia naczyniowa, <input type="checkbox"/> chirurgia ogólna, <input type="checkbox"/> chirurgia onkologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowo-twarzowa, <input type="checkbox"/> kardiochirurgia, <input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa, <input type="checkbox"/> neonatologia, <input type="checkbox"/> neurochirurgia, <input type="checkbox"/> okulistyka, <input type="checkbox"/> onkologia kliniczna, <input type="checkbox"/> ortopedia i traumatologia narządów ruchu, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia dziecięca, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (z wyłączeniem przyjmowania porodów), <input type="checkbox"/> transplantologia kliniczna, <input type="checkbox"/> urologia, <input type="checkbox"/> urologia dziecięca, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 5 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> Lekarz wykonujący zabiegi z zakresu medycyny estetycznej stomatologicznej Dokonanie wyboru powoduje automatyczne rozszerzenie zakresu ochrony o Klauzulę 3 – Medycyna Estetyczna Stomatologiczna	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/> Chirurgia plastyczna, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (przyjmowanie porodów), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 7 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Świadczenia udzielane w ramach lecznictwa stacjonarnego i całodobowego						
Gupa ryzyka	Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko-dentystycznej)**	Rodzaj zatrudnienia				
		Umowa cywilnoprawna (dla 6 grupy ryzyka – praktyka zawodowa) (zakres z wariantu B)			Umowa o pracę (zakres z wariantu B)	
		Miejsce udzielania świadczeń				
		Szpitalne		Inne niż szpitalne*	Szpitalne	
Szpital prywatny	Szpital publiczny	Szpital prywatny	Szpital publiczny			
1	<input type="checkbox"/> Alergologia, <input type="checkbox"/> audiologia i foniatria, <input type="checkbox"/> balneologia i medycyna fizykalna, <input type="checkbox"/> choroby płuc, <input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne, <input type="checkbox"/> choroby zakaźne, <input type="checkbox"/> diabetologia, <input type="checkbox"/> dermatologia i wenerologia, <input type="checkbox"/> diagnostyka laboratoryjna, <input type="checkbox"/> endokrynologia, <input type="checkbox"/> epidemiologia, <input type="checkbox"/> farmakologia kliniczna, <input type="checkbox"/> gastroenterologia, <input type="checkbox"/> genetyka kliniczna, <input type="checkbox"/> geriatrya, <input type="checkbox"/> hematologia, <input type="checkbox"/> hipertensjologia, <input type="checkbox"/> immunologia kliniczna, <input type="checkbox"/> kardiologia, <input type="checkbox"/> kardiologia dziecięca, <input type="checkbox"/> lekarz bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> medycyna nuklearna, <input type="checkbox"/> medycyna paliatywna, <input type="checkbox"/> medycyna pracy, <input type="checkbox"/> medycyna rodzinna, <input type="checkbox"/> medycyna sądowa, <input type="checkbox"/> medycyna sportowa, <input type="checkbox"/> medycyna transportu, <input type="checkbox"/> mikrobiologia lekarska, <input type="checkbox"/> nefrologia, <input type="checkbox"/> neurologia, <input type="checkbox"/> neurologia dziecięca, <input type="checkbox"/> neuropatologia, <input type="checkbox"/> onkologia i hematologia dziecięca, <input type="checkbox"/> patomorfologia, <input type="checkbox"/> pediatria, <input type="checkbox"/> psychiatria, <input type="checkbox"/> psychiatria dzieci i młodzieży, <input type="checkbox"/> radiologia i diagnostyka obrazowa, <input type="checkbox"/> rehabilitacja medyczna, <input type="checkbox"/> reumatologia, <input type="checkbox"/> seksuologia, <input type="checkbox"/> toksykologia kliniczna, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarska), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 1 grupy, <input type="checkbox"/> student medycyny lub praktykant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> Ginekologia onkologiczna, <input type="checkbox"/> radioterapia onkologiczna, <input type="checkbox"/> transfuzjologia kliniczna, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 2 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 3 grupy bez wykonywania czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/> Lekarz dentysta (stomatolog) bez specjalizacji, <input type="checkbox"/> ortodoncja, <input type="checkbox"/> periodontologia, <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna, <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca, <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna, <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją, <input type="checkbox"/> zdrowie publiczne (specjalność lekarsko-dentystyczna), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 4 grupy z wykonywaniem czynności z zakresu: ortodoncji, protetyki, implantologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupa ryzyka	Rodzaj specjalności lekarskiej (lekarsko-dentystycznej)**	Rodzaj zatrudnienia					
		Umowa cywilnoprawna (dla 6 grupy ryzyka – praktyka zawodowa) (zakres z wariantu B)			Umowa o pracę (zakres z wariantu B)		
		Miejsce udzielania świadczeń					
		Szpitalne		Inne niż szpitalne*	Szpitalne		Inne niż szpitalne*
Szpital prywatny	Szpital publiczny	Szpital prywatny	Szpital publiczny				
5	<input type="checkbox"/> Anestezjologia i intensywne terapia, <input type="checkbox"/> angiologia, <input type="checkbox"/> chirurgia dziecięca, <input type="checkbox"/> chirurgia klatki piersiowej, <input type="checkbox"/> chirurgia naczyniowa, <input type="checkbox"/> chirurgia ogólna, <input type="checkbox"/> chirurgia onkologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna, <input type="checkbox"/> chirurgia szczękowo-twarzowa, <input type="checkbox"/> kardiochirurgia, <input type="checkbox"/> medycyna ratunkowa, <input type="checkbox"/> neonatologia, <input type="checkbox"/> neurochirurgia, <input type="checkbox"/> okulistyka, <input type="checkbox"/> onkologia kliniczna, <input type="checkbox"/> ortopedia i traumatologia narządów ruchu, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia, <input type="checkbox"/> otorynolaryngologia dziecięca, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (z wyłączeniem przyjmowania porodów), <input type="checkbox"/> transplantologia kliniczna, <input type="checkbox"/> urologia, <input type="checkbox"/> urologia dziecięca, <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 5 grupy, <input type="checkbox"/> Praca w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/> Lekarz wykonujący zabiegi z zakresu medycyny estetycznej stomatologicznej Dokonanie wyboru powoduje automatyczne rozszerzenie zakresu ochrony o Klauzulę 3 – Medycyna Estetyczna Stomatologiczna	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/> Chirurgia plastyczna, <input type="checkbox"/> położnictwo i ginekologia (przyjmowanie porodów), <input type="checkbox"/> w trakcie specjalizacji z 7 grupy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **Inne niż szpitalne** – zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej są to: Zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, hospicjum.

** Uwaga!

- Specjalności lekarskie nie ujęte w niniejszej Wnioskopolisie mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową wyłącznie ze składką ustaloną przez Biuro Ubezpieczeń Medycznych i OC Centrali INTER Polska.
- W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalności, a wykonywania jednej – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność, która jest faktycznie wykonywana przez Ubezpieczonego
- Jeżeli lekarz ma dwie lub więcej specjalności i wszystkie wykonuje – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność z najwyższej grupy ryzyka
- W przypadku posiadania specjalności a wykonywania w praktyce innej – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność, która jest faktycznie wykonywana przez Ubezpieczonego
- W przypadku braku specjalności lub w trakcie specjalizacji – do oceny ryzyka przyjmuje się specjalność, która jest faktycznie wykonywana przez Ubezpieczonego
- W przypadku pracy w Pogotowiu Ratunkowym i/lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – do oceny ryzyka przyjmuje się składki z 5 grupy ryzyka
- W przypadku wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej stomatologicznej – do oceny ryzyka przyjmuje się składki z 6 grupy ryzyka

Trigger (Moment uruchomienia odpowiedzialności Ubezpieczonego)

Ubezpieczenie oparte jest na triggerze act committed (zdarzenia - działania bądź zaniechania zaszele w okresie ubezpieczenia).

Wyjątek stanowią umowy ubezpieczenia, będące kontynuacją umów w których za wypadek przyjmowano zgłoszenie roszczenia.

Zapisy OWU (§ 3 ust. 2) gwarantują ochronę według triggera claims made (roszczenia zgłoszone w okresie ubezpieczenia) dla Klientów, którzy kontynuują ochronę na zasadzie roszczeń zgłoszonych w INTER Polska.

W przypadku kontynuacji ochrony na zasadzie roszczeń zgłoszonych w TU INTER Polska S.A. proszę zaznaczyć pole TAK

Proszę podać nr kontynuowanej polisy

Udzielanie świadczeń pacjentom zagranicznym	<input type="checkbox"/> Tak
Wykonywanie usług z zakresu medycyny manualnej	<input type="checkbox"/> Tak

Klauzule dodatkowe

Klauzula 2 – OC najemcy ruchomości	<input type="checkbox"/> 12 500/12 500
Sublimit sumy gwarancyjnej na jedno i wszystkie zdarzenia (€)	<input type="checkbox"/> 25 000/25 000
Suma gwarancyjna nie może być większa niż suma gwarancyjna ubezpieczenia dobrowolnego	<input type="checkbox"/> 50 000/50 000
Klauzula 4 – OC za szkody wynikłe z czynności wykonanych podczas udzielania pierwszej pomocy – na terytorium Europy	<input type="checkbox"/> Tak
Klauzula 9 – naruszenie praw pacjenta	<input type="checkbox"/> 5 000/25 000
Sublimit sumy gwarancyjnej na jedno i wszystkie zdarzenia (€)	

Szkodowość w ostatnich 3 latach

Łączna wartość szkód w rezerwie i wypłaconych odszkodowań	Opis szkód

Składka taryfowa:					
Liczba i współczynnik rat:	<input type="checkbox"/> 1 rata	<input type="checkbox"/> 2 raty 1,05	<input type="checkbox"/> 4 raty 1,10	Współczynnik okresu ubezpieczenia:	
Współczynnik zniżki pakietowej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie	Numer Polisy	Składka	Współczynnik zniżki specjalnej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> INTER Ochrona Prawna				Współczynnik szkodowości:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> INTER Ochrona HIV/WZW				1,10 za szkodowość do 2 tys. zł	
<input type="checkbox"/> INTER Partner				_____ za szkodowość pow. 2 tys. zł	
<input type="checkbox"/> INTER Lokum				(do decyzji BMC Centrali TU INTER Polska S.A.)	
<input type="checkbox"/> Inne				Współczynnik oceny ryzyka	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
				(do decyzji BMC Centrali TU INTER Polska S.A.)	
Współczynnik zniżki marketingowej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie	Składka końcowa za ubezpieczenie:			

* Po zastosowaniu wszystkich zniżek składka nie może być mniejsza niż 35% składki taryfowej.

F**UBEZPIECZENIE KOSZTÓW OCHRONY PRAWNEJ DLA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD MEDYCZNY**

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ochrony Prawnej dla Osób Wykonujących Zawód Medyczny zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska SA nr 9/2015 z dnia 11.03.2015 r.

Wariant i Suma ubezpieczenia

Wariant (proszę zaznaczyć jedno pole)	Suma ubezpieczenia na jedno i na wszystkie zdarzenia (zł)
<input type="checkbox"/> A. PODSTAWOWY	50 000
<input type="checkbox"/> B. ROZSZERZONY	100 000
<input type="checkbox"/> C. PEŁNY	100 000

Szkodowość w ostatnich 3 latach

Łączna wartość szkód w rezerwie i wypłaconych odszkodowań	Opis szkód

Składka taryfowa:	
--------------------------	--

Liczba i współczynnik rat:	<input type="checkbox"/> 1 rata	<input type="checkbox"/> 2 raty 1,05	<input type="checkbox"/> 4 raty 1,10	Współczynnik okresu ubezpieczenia:	
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	--

Współczynnik niżki specjalnej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
---------------------------------------	---

Współczynnik szkodowości:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
----------------------------------	---

Współczynnik oceny ryzyka	1,10 za szkodowość do 2 tys. zł _____ za szkodowość pow. 2 tys. zł _____ (do decyzji BMC Centrali TU INTER Polska S.A.)
----------------------------------	---

Współczynnik niżki marketingowej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie	Składka końcowa za ubezpieczenie*:	
--	---	---	--

* Po zastosowaniu wszystkich zniżek składka nie może być mniejsza niż 35% składki taryfowej.

G**UBEZPIECZENIE INTER OCHRONA HIV/WZW**

Ubezpieczenie zawarte na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Ochrona HIV/WZW zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU INTER Polska SA nr 9/2015 z dnia 11.03.2015 r.

Inne ubezpieczenia w INTER Polska

Ubezpieczający posiada inne ubezpieczenie w INTER Polska, zawarte na okres 1 roku:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nr polisy:	

Wariant i sumy ubezpieczenia (proszę zaznaczyć jedno pole)

Rodzaj świadczenia	Sumy ubezpieczenia (zł)							
	Wariant				Wariant			
	<input type="checkbox"/> A-I	<input type="checkbox"/> A-II	<input type="checkbox"/> A-III	<input type="checkbox"/> A-IV	<input type="checkbox"/> B-I	<input type="checkbox"/> B-II	<input type="checkbox"/> B-III	<input type="checkbox"/> B-IV
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	1 500,00	1 500,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 500,00	2 500,00
Koszt leków antyretrowirusowych HIV	3 500,00	4 000,00	5 000,00	5 000,00	5 000,00	7 500,00	10 000,00	10 000,00
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	20 000,00	50 000,00	100 000,00	200 000,00	20 000,00	50 000,00	100 000,00	200 000,00
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00
NNW – Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	-	-	-	-	10 000,00	25 000,00	50 000,00	100 000,00
NNW – Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	-	-	-	-	5 000,00	12 500,00	25 000,00	50 000,00
Uprawniony (upoważniony na piśmie przez Ubezpieczonego)	Imię i nazwisko				PESEL			

Szkodowość w ostatnich 3 latach

Łączna wartość szkód w rezerwie i wypłaconych odszkodowań	Opis szkód

Składka taryfowa:	
--------------------------	--

Liczba i współczynnik rat:	<input type="checkbox"/> 1 rata	<input type="checkbox"/> 2 raty 1,05	<input type="checkbox"/> 4 raty 1,10	Współczynnik okresu ubezpieczenia:	
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	--

Współczynnik niżki specjalnej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
---------------------------------------	---

Współczynnik szkodowości:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie
----------------------------------	---

Współczynnik oceny ryzyka	1,10 za szkodowość do 2 tys. zł _____ za szkodowość pow. 2 tys. zł _____ (do decyzji BMC Centrali TU INTER Polska S.A.)
----------------------------------	---

Współczynnik niżki marketingowej:	<input type="checkbox"/> Tak _____ <input type="checkbox"/> Nie	Składka końcowa za ubezpieczenie*:	
--	---	---	--

* Po zastosowaniu wszystkich zniżek składka nie może być mniejsza niż 35% składki taryfowej.