**UMOWA O PRZYSTĄPIENIE DO GRUPOWEGO PROGRAMU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ – LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY**

**(dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów zwolnionych z opłacania składki członkowskiej lub opłacających składkę członkowską w wysokości 10 zł)**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty |  |
| Specjalizacja |  |
| Nr ewidencyjny PESEL |  |
| Nr ewidencyjny REGON |  |
| Nr ewidencyjny PWZ |  |
| Adres Indywidualnej Praktyki Lekarskiej |  |
| Adres do korespondencji/zamieszkania  (proszę wypełnić, jeżeli inny niż w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| e-mail kontaktowy |  |
| Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy **obowiązkowego ubezpieczenia** odpowiedzialności cywilnej  (dzień/miesiąc/rok) |  |
| Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy **dobrowolnego ubezpieczenia** odpowiedzialności cywilnej – proszę o podanie, jeżeli takie ubezpieczenie było wykupione  (dzień/miesiąc/rok) |  |

**Oświadczenia lekarza/lekarza dentysty:**

Zważywszy, że:

* Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, jako ubezpieczający, zawarła z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń S.A. Umowę Generalnej w sprawie programu ubezpieczeniowego dla lekarzy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 15 maja 2015 r.,
* Umowa Generalna stanowi umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, tj. na rachunek lekarzy i lekarzy dentystów będący członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, którzy przystąpią lub zostaną włączeni do programu,
* lekarze oraz lekarze dentyści, będący członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie mogą przystąpić do umowy ubezpieczenia jako ubezpieczeni, którzy będą objęci ochroną ubezpieczeniową i będą zobowiązani do uiszczania wynikającej z tego tytułu składki.

1. Deklaruję w ramach wykonywanej przeze mnie działalności zawodowej lub gospodarczej, przystąpienie jako ubezpieczony/a do umowy[[1]](#footnote-1):

□ grupowego obowiązkowego ubezpieczenia w zakresie i na zasadach określonych w **Załączniku nr 1** do **Umowy Generalnej** w sprawie programu ubezpieczeniowego dla lekarzy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 15 maja 2015 r., zawartej pomiędzy PZU S.A. z siedzibą w Warszawie a Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie.

albo

□ grupowego dobrowolnego ubezpieczenia w zakresie i na zasadach określonych w **Załączniku nr 2** do Umowy Generalnej w sprawie programu ubezpieczeniowego dla lekarzy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 15 maja 2015 r., zawartej pomiędzy PZU S.A. z siedzibą w Warszawie a Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie.

1. Pobrałem/am oraz zapoznałem/am się z udostępnionymi na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie pod adresem [www.oilwaw.org.pl](http://www.oilwaw.org.pl)[[2]](#footnote-2) warunkami programu, w szczególności z treścią:
2. rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293 poz. 1729),

oraz

1. ogólnych warunków ubezpieczenia podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki oraz inny zawód medyczny dla klienta indywidualnego, małego i średniego przedsiębiorcy, ustalone uchwałą nr UZ/420/2011 Zarządu PZU SA z dnia 27 grudnia 2011 roku,
2. Zobowiązuję się do uiszczania składki ubezpieczeniowej[[3]](#footnote-3) na wskazany rachunek bankowy APRIL Polska Medbroker sp. z o.o., podmiot wykonujący czynności związane z przedmiotową umową ubezpieczenia w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie:

□ jednorazowo w wysokości 216,00 zł rocznie ( słownie: dwieście szesnaście złotych rocznie). W przypadku płatności jednorazowej, zobowiązuje się opłacić pełną kwotę składki w miesiącu przystąpienia do programu ubezpieczenia.

albo

□ w 12 kolejnych ratach po 18 zł miesięcznie (słownie: osiemnaście złotych miesięcznie). Oświadczam, że pierwszą ratę składki zobowiązuje się bez dodatkowego wezwania opłacić w miesiącu przystąpienia do programu ubezpieczenia i tak samo kolejne raty składki opłacać do 10 dnia każdego miesiąca zgodnie z otrzymanym wraz z polisą harmonogramem płatności.

1. Zapoznałem/łam się z informacja że w przypadku nie opłacenia lub nieterminowego opłacenia składki/raty składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, Okręgowa Izba Lekarska, jako ubezpieczający będzie uprawniona do egzekwowania ode mnie należności z niej wynikających.
2. Zostałem/łam poinformowany/a o możliwości rezygnacji z uczestnictwa w ubezpieczeniu grupowym po upływie 12 miesięcznego terminu od przystąpienia do ubezpieczenia lub każdego kolejnego 12 miesięcznego terminu. Oświadczenie o rezygnacji należy złożyć na adres APRIL Polska Medbroker sp. z o.o. nie później niż na miesiąc przed upływem 12 miesięcznego terminu liczonego od przystąpienia do ubezpieczenia lub każdej rocznicy przystąpienia.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez OIL w Warszawie oraz APRIL Polska Medbroker sp. z o.o. danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z organizacją umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane dla celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia i w tym zakresie, przekazywane innym podmiotom, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych środków ostrożności. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

**Oświadczenia OIL w Warszawie:**

Przyjmujemy wyżej wymienione oświadczenia lekarza/lekarza dentysty.

……………….………………………………………… ……………….…………………………………………

data i podpis za OIL Warszawa data i podpis Ubezpieczonego

1. Należy zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy ubezpieczenia dobrowolnego [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-3)