 WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

DLA FIZYKÓW MEDYCZNYCH I TECHNIKÓW ELEKTRORADIOLOGÓW

I. Informacje ogólne - Ubezpieczający i Ubezpieczony:

1. Imię i Nazwisko ……………………..…….……………………………………………………………………………………..
2. Dokładny adres (adres, nr tel., fax-u, e-mail) ………………………………………………………………….
...................................................................................................................................................................................
3. REGON ............................................ lub PESEL ............................................
4. Adres do korespondencji ………………………………………………………………………………………………………..

**II. Okres ubezpieczenia (1 rok)** od …………………..……………………..(ale nie wcześniej  niż następnego dnia  po wpłynięciu wniosku) do…………………………..…………….

**III. Informacje dodatkowe:**

1. Wysokość obrotów w ostatnim okresie obrachunkowym (w przypadku klientów rozpoczynających działalność należy podać informację o planowanych obrotach)…………………………………
2. W ciągu ostatniego roku wypłacone zostały odszkodowania (TAK/NIE)….......na łączną kwotę ……………. zł.
3. Jestem członkiem Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Fizyków Medycznych (TAK/NIE)……………………
4. Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Fizyki Medycznej (TAK/NIE)……………………
5. Jestem technikiem elektroradiologiem (TAK/NIE)……………………

**III. Wnioskowane ubezpieczenia:** Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie następujących ubezpieczeń:

1. **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej zawodowej**

Wnioskowana wysokość indywidualnej sumy gwarancyjnej i indywidualnie opłacanej składki:

|  |  |
| --- | --- |
| **Suma gwarancyjna** | **Składka w złotych za okres 12 miesięcy** |
| **Dla członków związku/ towarzystwa** | **Właściwy wariant X** | **Dla fizyków/techników nienależących do związku/ towarzystwa** | **Właściwy wariant X** |
| **25.000 zł** | 165 |  | 212 |  |
| **50.000 zł** | 294 |  | 320 |  |
| **100.000 zł** | 405 |  | 440 |  |
| **250.000 zł** | 655 |  | 712 |  |
| **500.000 zł** | 975 |  | 1112 |  |
| **600.000 zł** | 1156 |  | 1256 |  |
| **700.000 zł** | 1225 |  | 1400 |  |
| **800.000 zł** | 1420 |  | 1544 |  |
| **1.000.000 zł** | 1605 |  | 1832 |  |
| **1.500.000 zł** | 2237 |  | 2432 |  |
| **2.000.000 zł** | 2655 |  | 3032 |  |
| **2.500.000 zł** | 3341 |  | 3632 |  |
| **3.000.000 zł** | 3673 |  | 3992 |  |

1. **Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z rozszerzeniem o świadczenia dodatkowe**

Wnioskowana wysokość indywidualnej sumy gwarancyjnej i indywidualnie opłacanej składki:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Suma gwarancyjna w złotych** |
| **NNW**  | **10.000** | **20.000** | **50.000** |
| **Koszty leczenia**  | **5.000** | **10.000** | **15.000** |
| **Świadczenie jednorazowe WZW** | **50.000** |
| **Świadczenie jednorazowe HIV** | **50.000** |
| **Składka w złotych dla fizyków medycznych należących do związku/ towarzystwa** | 140 | 220 | 370 |
| **Właściwy wariant X** |  |  |  |
| **Składka w złotych dla fizyków/techników nienależących do związku/ towarzystwa** | 150 | 240 | 405 |
| **Właściwy wariant X** |  |  |  |

1. **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Suma gwarancyjna** | **Składka w złotych za okres 12 miesięcy** |
| **Dla członków związku/ towarzystwa** | **Właściwy wariant X** | **Dla fizyków/techników nienależących do związku/ towarzystwa** | **Właściwy wariant X** |
| **30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń** | 99 |  | 112 |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IV. Płatność:** jednorazowa w 2 ratach

**V. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałam/łem Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/211/2016 z dnia 7 czerwca 2016 r. Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU NNW ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r. oraz Dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem/am informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.
3. Wyrażam/ nie wyrażam \*) zgody na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
4. Wyrażam/ nie wyrażam \*) zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
5. Wyrażam/ nie wyrażam \*) zgody na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
6. Wyrażam/ nie wyrażam \*) zgody na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
7. Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.
8. Wyrażam/ nie wyrażam \*) zgody na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
9. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Pełne nazwy spółek:

PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; TFI PZU SA – Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa.

Oświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia podane w niniejszym wniosku o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane PZU S.A. w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.

........................................................, data .......................................... r. ..........................................................

 (miejscowość) (podpis ubezpieczającego)

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

Upoważniam brokera ubezpieczeniowego Rożek Brokers Group Sp. z o.o. z siedzibą w Sandomierzu, przy ul. Dobkiewicza 22, działającego na podstawie zezwolenia KNF 1896/13 do pośredniczenia oraz reprezentowania mnie w zawieraniu i podpisywaniu wnioskowanej przeze mnie umowy ubezpieczenia.

........................................................, data .......................................... r. ..........................................................

 (miejscowość) (podpis ubezpieczającego)

\*niepotrzebne skreślić