



Wniosek o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia dla członków  
Izb Aptekarskich do Porozumienia nr **TO50/002169/22/A**

### I. Dane ubezpieczonego

Imię i nazwisko / Nazwa			
Podaj nazwę Okręgowej Izby Aptekarskiej, której jesteś Członkiem			
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	NIP	PESEL (wypełnia osoba fizyczna)	
REGON (wypełniają jednostki nieobjęte obowiązkiem podatkowym)	Rodzaj dokumentu (wypełniają obcokrajowcy)	Numer dokumentu (wypełniają obcokrajowcy)	

### II. Dane adresowe ubezpieczonego

Kraj		Miejscowość	Kod	
Pocztą		Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy		
Fax	E-mail		Nr prawa wykonywania zawodu	

**Płatnikiem składki jest ubezpieczony.**

### III. OC z tytułu wykonywania zawodu farmaceuty (dodatkowe/nadwyżka):

<b>SUMA GWARANCYJNA*</b>	<b>SKŁADKA ROCZNA (PLN) (ZAKRES ZGODNY Z POSTANOWIENIAMI UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY)</b>	
200 000,00 PLN	150,00 PLN	<input type="checkbox"/>
300 000,00 PLN	190,00 PLN	<input type="checkbox"/>
500 000,00 PLN	250,00 PLN	<input type="checkbox"/>
800 000,00 PLN	310,00 PLN	<input type="checkbox"/>
1 000 000,00 PLN	420,00 PLN	<input type="checkbox"/>

\* Suma ubezpieczenia OC na wszystkie zdarzenia w Izbie Aptekarskiej w podstawie w okresie ubezpieczenia wynosi 4.000.000 PLN. Doubezpieczenie stanowi nadwyżkę.

### IV. Klauzula prewencji IoT SMART APTEKA

Rozszerza warunki ubezpieczenia poprzez włączenie do zakresu ubezpieczenia szkód wyrządzonych przez farmaceutów i osób za które ponoszą odpowiedzialność, polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu, utracie leków oraz wyrobów medycznych, w tym ich rozmrożenia.

<b>PAKIETY</b>	<b>SUMA UBEZPIECZENIA</b>	<b>SKŁADKA ROCZNA</b>	
Pakiet 3 sensorów	5 000,00 PLN	600,00 PLN	<input type="checkbox"/>
Pakiet 5 sensorów	5 000,00 PLN	950,00 PLN	<input type="checkbox"/>
Pakiet 8 sensorów	5 000,00 PLN	1 450,00 PLN	<input type="checkbox"/>

W przypadku niewystarczającej wielkości pakietów, prosimy o kontakt. Jesteśmy w stanie dostosować liczbę urządzeń do oczekiwań Klienta.

## V. Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)

Zapewnia wsparcie finansowe w przypadku doznania trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Zakres ochrony obejmuje rozszerzenie o zawał serca i udar mózgu. Do wyboru dostępne są następujące warianty ubezpieczenia NNW:

WARIANT	SUMA UBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA	
Wariant 1	10 000,00 PLN	44,00 PLN	<input type="checkbox"/>
Wariant 2	20 000,00 PLN	78,00 PLN	<input type="checkbox"/>

### Dodatkowe rozszerzenia ubezpieczenia NNW (klauzule dodatkowe)

#### a. Klauzula HIV/WZW

Klauzula ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (typu B i C) obejmuje refundację kosztów leczenia w przypadku ekspozycji zawodowej ubezpieczonego farmaceuty na materiał zakaźny i ryzyko zakażenia wirusem HIV/WZW.

#### ZAKRES

Badania na obecność wirusów HIV/WZW	Limit: 10 000,00 PLN
Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 10.000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	25 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu C	25 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B	25 000,00 PLN
<b>SKŁADKA ROCZNA:</b>	<b>43,00 PLN</b> <input type="checkbox"/>

#### b. Klauzula agresji pacjenta

Zapewnia wypłatę świadczenia w sytuacji naruszenia nietykalności cielesnej farmaceuty, rozumianego jako fizyczną napaść, zaistniałego podczas wykonywania czynności zawodowych.

SUMA UBEZPIECZENIA	LIMIT ŚWIADCZEŃ W OKRESIE UBEZPIECZENIA	SKŁADKA ROCZNA	
1 000 PLN	2	40,00 PLN	<input type="checkbox"/>

#### c. Klauzula utraty dochodu (niezdolności od pracy)

Klauzula świadczenia dziennego z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych zapewnia wsparcie finansowe farmaceucie w przypadku, gdy dozna on nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

WARIANT	KWOTA ŚWIADCZENIA DZIENNEGO	ŁĄCZNY LIMIT DZIENNYCH ŚWIADCZEŃ, MAKSYMALNIE ZA 180 DNI	SKŁADKA ROCZNA	
Wariant 1	50,00 PLN	9 000,00 PLN	150,00 PLN	<input type="checkbox"/>
Wariant 2	100,00 PLN	18 000,00 PLN	300,00 PLN	<input type="checkbox"/>

## VI. Oświadczenie ubezpieczyciela

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuję, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów/usług,
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane – wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

## VII. Oświadczenie ubezpieczonego

- Oświadczam, że udzieliłem/am powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i że znane mi są sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do programu ubezpieczeń zapoznałem/am się z tekstem:
  - Warunków Ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania czynności zawodowych B (AB-OCZO-01/21),
  - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż (AB-BP-01/21),
  - Porozumienia nr **TO50/002169/22/A**i zaakceptowałem/am ich treść.

Imię i nazwisko

Miejscowość

Data (DD:MM:RRRR)

---

Podpis Ubezpieczonego