



oryginał  
DU32855976



Nr członkowski: 5601 / 74139  
Symbol ZWC: LP  
Kategoria Ubezpieczającego: 54  
Umowa: kontynuacja  
do polisy: OC32765665

32855976

Zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego z dnia 04-12-2020 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej TUW „TUW”, potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ** na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia **ZA SZKODY WYRZĄDZONE W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM ZAWODU LEKARZA I INNYCH ZAWODÓW W SŁUŻBIE ZDROWIA**

Ubezpieczający: WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W RZESZOWIE, 35-078 Rzeszów, Hetmańska 120 ; Regon: 690697009

Ubezpieczony: WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W RZESZOWIE, 35-078 Rzeszów, Hetmańska 120 ; Regon: 690697009

Okres ubezpieczenia od: **01-01-2021** do: **31-12-2021**

Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma gwarancyjna	Kod taryfy	Składka w PLN
Ubezpieczenie OC dobrowolne zakładu opieki zdrowotnej z wyłączeniem szpitalnictwa	200 000,00 PLN	405002	1 000

POSTANOWIENIA  
DODATKOWE:

Warunki szczególne zgodne z wnioskiem z 02-12-2020

Płatności:

Składka: **1 000 PLN** Składka członkowska: **-- PLN** Udziały: **-- PLN** Wpisowe: **-- PLN**

**Łączna kwota do zapłaty: 1 000 PLN** słownie: jeden tysiąc złotych zero groszy

Terminy i kwoty płatności:

Nr rachunku bankowego: **64 1240 1792 1111 0010 0304 1458**

Sposób płatności: **jednorazowo**

Forma płatności: **przelew**

nr raty	termin płatności	kwota w PLN
1	22-01-2021	1000
2	x	x
3	x	x
4	x	x

Na podstawie art. 815 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości TUW „TUW” wszystkie znane sobie okoliczności, o które TUW „TUW” pyta we wniosku i w niniejszej polisie.

1. Oświadczam, że:

- 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeprowadzona została analiza potrzeb Klienta dotycząca ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obowiązującego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:

Wynik analizy potrzeb Klienta

OC ZOZ dobrowolne **TAK**  
OC lekarzy dobrowolne **NIE**  
OC pielęgniarów i/lub położnych dobrowolne **NIE**  
OC personelu medycznego dobrowolne **NIE**  
OC farmaceutów dobrowolne **NIE**  
Obowiązkowe OC ZOZ **NIE**  
Obowiązkowe OC lekarzy **NIE**  
Obowiązkowe OC pielęgniarów i/lub położnych **NIE**  
Obowiązkowe OC fizjoterapeutów **NIE**  
Obowiązkowe OC świadczeniodawców **NIE**



2) został mi doręczony Dokument zawierający informacje o ubezpieczeniu:

- ☐ odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza i innych zawodów w służbie zdrowia obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/-em się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- ☐ obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu lub prowadzenia przedsiębiorstwa obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; zakres ubezpieczenia jest określony we właściwym rozporządzeniu,

3) zostały mi doręczone:

- ☐ ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza i innych zawodów w służbie zdrowia, obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/-em się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia i wnoszę o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie,
- ☐ ogólne warunki obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu lub prowadzenia przedsiębiorstwa obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/-em się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia i wnoszę o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie; zakres ubezpieczenia jest określony we właściwym rozporządzeniu,

- 4) podane przeze mnie we wniosku, polisie i załącznikach informacje są zgodne z prawdą i zostały podane według mojej najlepszej wiedzy oraz przyjmuję do wiadomości, iż podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne określone w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny i konsekwencje wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia,
- 5) w przypadku zmiany okoliczności, o które TUV „TUV” pyta w wniosku i formularzu polisy, zobowiązuję się zawiadamiać TUV „TUV” o tych zmianach niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

2. Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest TUV „TUV” z siedzibą ul. H. Raabego 13, 02-793 Warszawa,
- 2) w sprawach związanych z ochroną danych osobowych mogę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty na adres [IOD@tuvw.pl](mailto:IOD@tuvw.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora,
- 3) podane przez mnie dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” oraz rozpatrywania skarg i reklamacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; ewentualnie dane mogą być przetwarzane również w celu: dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych – gdzie podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO), a także w celach archiwalnych – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- 4) odbiorcami danych osobowych mogą być inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji oraz organy ustawowo upoważnione do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach szczególnych (KNF, UFG itd.). Ponadto dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora,
- 5) podane przez mnie dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa powszechnie obowiązującego,
- 6) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody,
- 7) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 8) podanie numeru telefonu i adresu e-mail nie jest obowiązkowe; podanie pozostałych danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-ny o tym, że w trakcie trwania umowy ubezpieczenia mogę wskazać inny, niż w polisie adres do korespondencji (w tym adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu) i zmienić moje oświadczenie, co do sposobu przekazywania mi informacji i oświadczeń przez TUV „TUV”.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
(TUW)  
Biuro Regionalne w Rzeszowie  
35-010 Rzeszów, ul. Sokoła 4  
tel. 17 852-00-54, 17 853-51-54, 17 853-75-40  
e-mail: [rszeczow@tuvw.pl](mailto:rszeczow@tuvw.pl)

ZGŁASZANIE SZKÓD  
TEL. +48 801 001 003, +48 22 545 39 50

Biuro Regionalne: Regionalne Rzeszów, Oddział: Rzeszów  
35-010 Rzeszów; ul. Sokoła 4  
tel. 17 853-75-40 e-mail: [rszeczow@tuvw.pl](mailto:rszeczow@tuvw.pl)

Starszy Specjalista ds. Sprzedaży

Iga Sobina

2020-12-30 20:11:17

1120

Miejscowość, data wystawienia polisy

kod, pieczęć i podpis przedstawiciela TUV „TUV”

czytelny podpis Ubezpieczającego



kopia  
DU32855976



Nr członkowski: 5601 /74139  
Symbol ZWC: LP  
Kategoria Ubezpieczającego: 54  
Umowa: kontynuacja  
do polisy: OC32765665

32855976

Zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego z dnia 04-12-2020 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej TUW „TUW”, potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ** na podstawie **ogólnych warunków ubezpieczenia ZA SZKODY WYRZĄDZONE W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM ZAWODU LEKARZA I INNYCH ZAWODÓW W SŁUŻBIE ZDROWIA**

Ubezpieczający: WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W RZESZOWIE, 35-078 Rzeszów, Hetmańska 120 ; Regon: 690697009

Ubezpieczony: WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY W RZESZOWIE, 35-078 Rzeszów, Hetmańska 120 ; Regon: 690697009

Okres ubezpieczenia od: **01-01-2021** do: **31-12-2021**

Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma gwarancyjna	Kod taryfy	Składka w PLN
Ubezpieczenie OC dobrowolne zakładu opieki zdrowotnej z wyłączeniem szpitalnictwa	200 000,00 PLN	405002	1 000

POSTANOWIENIA  
DODATKOWE:

Warunki szczególne zgodne z wnioskiem z 02-12-2020

Płatności:

Składka: **1 000 PLN** Składka członkowska: **-- PLN** Udziały: **-- PLN** Wpisowe: **-- PLN**

**Łączna kwota do zapłaty: 1 000 PLN** słownie: **jeden tysiąc złotych zero groszy**

Terminy i kwoty płatności:

Nr rachunku bankowego: **64 1240 1792 1111 0010 0304 1458**

Sposób płatności: **jednorazowo**

Forma płatności: **przelew**

nr raty	termin płatności	kwota w PLN
1	22-01-2021	1000
2	x	x
3	x	x
4	x	x

Na podstawie art. 815 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości TUW „TUW” wszystkie znane sobie okoliczności, o które TUW „TUW” pyta we wniosku i w niniejszej polisie.

1. Oświadczam, że:

- 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeprowadzona została analiza potrzeb Klienta dotycząca ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obowiązującego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:

Wynik analizy potrzeb Klienta

OC ZOZ dobrowolne **TAK**  
OC lekarzy dobrowolne **NIE**  
OC pielęgniarów i/lub położnych dobrowolne **NIE**  
OC personelu medycznego dobrowolne **NIE**  
OC farmaceutów dobrowolne **NIE**  
Obowiązkowe OC ZOZ **NIE**  
Obowiązkowe OC lekarzy **NIE**  
Obowiązkowe OC pielęgniarów i/lub położnych **NIE**  
Obowiązkowe OC fizjoterapeutów **NIE**  
Obowiązkowe OC świadczeniodawców **NIE**



2) został mi doręczony Dokument zawierający informacje o ubezpieczeniu:

- ☐ odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza i innych zawodów w służbie zdrowia obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/-em się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- ☐ obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu lub prowadzenia przedsiębiorstwa obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; zakres ubezpieczenia jest określony we właściwym rozporządzeniu,

3) zostały mi doręczone:

- ☐ ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem zawodu lekarza i innych zawodów w służbie zdrowia, obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/-em się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia i wnoszę o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie,
- ☐ ogólne warunki obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu lub prowadzenia przedsiębiorstwa obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/-em się z ich treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia i wnoszę o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie; zakres ubezpieczenia jest określony we właściwym rozporządzeniu,

- 4) podane przeze mnie we wniosku, polisie i załącznikach informacje są zgodne z prawdą i zostały podane według mojej najlepszej wiedzy oraz przyjmuję do wiadomości, iż podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne określone w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny i konsekwencje wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia,
- 5) w przypadku zmiany okoliczności, o które TUV „TUV” pyta w wniosku i formularzu polisy, zobowiązuję się zawiadamiać TUV „TUV” o tych zmianach niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

2. Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest TUV „TUV” z siedzibą ul. H. Raabego 13, 02-793 Warszawa,
- 2) w sprawach związanych z ochroną danych osobowych mogę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty na adres [IOD@tuvw.pl](mailto:IOD@tuvw.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora,
- 3) podane przez mnie dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” oraz rozpatrywania skarg i reklamacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO; ewentualnie dane mogą być przetwarzane również w celu: dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych – gdzie podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO), a także w celach archiwalnych – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- 4) odbiorcami danych osobowych mogą być inne zakłady ubezpieczeń i zakłady reasekuracji oraz organy ustawowo upoważnione do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach szczególnych (KNF, UFG itd.). Ponadto dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora,
- 5) podane przez mnie dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa powszechnie obowiązującego,
- 6) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody,
- 7) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 8) podanie numeru telefonu i adresu e-mail nie jest obowiązkowe; podanie pozostałych danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-ny o tym, że w trakcie trwania umowy ubezpieczenia mogę wskazać inny, niż w polisie adres do korespondencji (w tym adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu) i zmienić moje oświadczenie, co do sposobu przekazywania mi informacji i oświadczeń przez TUV „TUV”.

Biuro Regionalne w Rzeszowie  
35-010 Rzeszów, ul. Sokoła 4  
tel. 17 852-00-54, 17 853-61-54, 17 853-75-40  
e-mail: [rzeszow@tuvw.pl](mailto:rzeszow@tuvw.pl)

ZGŁASZANIE SZKÓD  
TEL. +48 801 001 003, +48 22 545 39 50

Biuro Regionalne: Regionalne Rzeszów, Oddział: Rzeszów  
35-010 Rzeszów; ul. Sokoła 4  
tel. 17 853-75-40 e-mail: [rzeszow@tuvw.pl](mailto:rzeszow@tuvw.pl)

Starszy Specjalista ds. Sprzedaży  
*Iga Sobina*

2020-12-30 20:11:17

1120

Miejscowość, data wystawienia polisy

kod, pieczęć i podpis przedstawiciela TUV „TUV”

czytelny podpis Ubezpieczającego