



oryginał  
DU 32852983

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
TUW  
Biuro Regionalne w Rzeszowie  
35-010 Rzeszów, ul. Sokola  
tel. 17 852 00 54, 17 853 51 54, 17 853 51 54  
e-mail: rzeszow@tuw.pl  
TOWARZYSTWO  
UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
TUW

Nr członkowski: 5601 / 74133  
Symbol ZWC: LP  
Kategoria Ubezpieczającego: 54  
Umowa: kontynuacja  
do polisy: OC32764105

POLISA nr OZ 32852983

Zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego z dnia 22-12-2020 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej TUW „TUW”, potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZA SZKODY WYRZĄDZONE W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM ZAWODU LEKARZA I INNYCH ZAWODÓW W SŁUŻBIE ZDROWIA

Ubezpieczający: WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU, 37-700 Przemyśl, Monte Casino 18 ; Regon: 000314684  
nr tel. (+16)677-50 - 00

Ubezpieczony: WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU, 37-700 Przemyśl, Monte Casino 18 ; Regon: 000314684

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 włączeniem szpitalnictwa	800 000,00 PLN	405001	106 700

warunki specjalne, oferta z dnia 31.08.2018r.

POSTANOWIENIA  
DODATKOWE:

Płatności: Składka: 106 700 PLN Składka członkowska: -- PLN Udziały: -- PLN Wpisowe: -- PLN

Łączna kwota do zapłaty: 106 700 PLN słownie: sto sześć tysięcy siedemset złotych zero groszy

Terminy i kwoty płatności:

Nr rachunku bankowego: 64 1240 1792 1111 0010 0304 1458

Sposób płatności: ratalnie

Forma płatności: przelew

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:

- 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 pielęgniarek i/lub położnych dobrowolne NIE  
OC personelu medycznego dobrowolne NIE  
OC farmaceutów dobrowolne NIE  
Obowiązkowe OC ZOZ NIE  
Obowiązkowe OC lekarzy NIE  
Obowiązkowe OC pielęgniarek i/lub położnych NIE  
Obowiązkowe OC fizjoterapeuty 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 TUW „TUW” pła w wniośku i formularzu polisy, zobowiązuję się zawiadamiać TUW „TUW” o tych zmianach niezwłocznie po otrzymaniu o tych wiadomości.

2. Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest TUW „TUW” 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@tuw.pl](mailto:IOD@tuw.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 wyłączeniem administracji, w tym w celach podmiotów przetwarzających dane na podstawie umowy z administratorem i wyłączeniem administracji, w tym w celach podmiotów przetwarzających dane na podstawie umowy z administratorem i wyłączeniem administracji,
  - 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 TUW „TUW”.

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

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

Kierownik Wydziału Sprzedaży Ubezpieczeń  
Menedżer Sprzedaży

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Cjcia Pio  
w Przemyślu

2020-12-28 08:24:15

6888

Miejscowość, data wystawienia polisy

kod, pieczęć i podpis przedstawiciela TUW „TUW”

czytelny podpis Ubezpieczającego

dr n. o zdm. Barbara Stawarz

KIEROWNIK  
Działu Gospodarczego

mgr Adam Polchlopek

Z-ca DYREKTORA  
ds. Administracyjno-Technicznych  
Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Cjcia Pio  
w Przemyślu

Robert Wyciślik

Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym  
RADCA PRAWNY MAREK MAZUR  
17-8-230

Wersja Druku: 2014/01

DU/1609140255597/jbrudz

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, 02-793 Warszawa, ul. H. Raabego 13  
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, nr 0000033284  
NIP: 526-10-33-426, REGON: 012114579

Berta Stawińska  
Kierownik

PA-60.241

Strona 2/2



oryginał

DU 32852978

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
(24)  
Biuro Regionalne w Rzeszowie  
35-010 Rzeszów, ul. Sokółka 1  
tel. 17 852-00-54, 17 853-51-54, 17 853-75-40  
e-mail: rzeszow@tuw.pl



TOWARZYSTWO  
UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH  
T U W

Nr członkowski: 5601 / 74133  
Symbol ZWC: LP  
Kategoria Ubezpieczającego: 54  
Umowa: kontynuacja  
do polisy: OC32768280

32852978

Zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego z dnia 22-12-2020 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej TUW „TUW”, potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. (Dz. U. Nr 293 z 2011 r., poz. 1729)

Ubezpieczający: WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU, 37-700 Przemyśl, Monte Casino 18 ; Regon: 000314684  
nr tel. (+16)677-50 - 00

Ubezpieczony: WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU, 37-700 Przemyśl, Monte Casino 18 ; Regon: 000314684

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma gwarancyjna	Kod taryfy	Składka w PLN
Obowiązkowe OC podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą szpitalną w formie stacjonarnej całodobowej	2 128 550,00 PLN	415500	440 000

POSTANOWIENIA  
DODATKOWE:

Suma ubezpieczenia:  
500 000 EUR tj. 2 128 550 PLN na wszystkie zdarzenia  
100 000 EUR tj. 425 710 PLN na jedno zdarzenie  
warunki specjalne, oferta z dnia 31.08.2018r.

Płatności:  
Składka: 440 000 PLN Składka członkowska: -- PLN Udziały: -- PLN Wpisowe: -- PLN

Łączna kwota do zapłaty: 440 000 PLN słownie: czterysta czterdzieści tysięcy złotych zero groszy

Terminy i kwoty płatności:

Nr rachunku bankowego: 64 1240 1792 1111 0010 0304 1458

Sposób płatności: ratalnie

Forma płatności: przelew

nr raty	termin płatności	kwota w PLN
1	21-01-2021	110000
2	31-03-2021	110 000
3	30-06-2021	110 000
4	30-09-2021	110 000

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 obowiązkowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:

## Wynik analizy potrzeb Klienta

OC ZOZ dobrowolne NIE  
OC lekarzy dobrowolne NIE  
OC pielęgniarek i/lub położnych dobrowolne NIE  
OC personelu medycznego dobrowolne NIE  
OC farmaceutów dobrowolne NIE  
Obowiązkowe OC ZOZ TAK  
Obowiązkowe OC lekarzy NIE  
Obowiązkowe OC pielęgniarek i/lub położnych NIE  
Obowiązkowe OC fizjoterapeuty 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 przetwarzane 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”.

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

Biurowo 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)

Menadżer Sprzedaży

Janusz Brudz

2020-12-28 08:23:07

6888

Miejscowość, data wystawienia polisy

kod, pieczęć i podpis przedstawiciela TUV „TUV”

DYREKTOR

Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Józefa Pło  
w Przemyśle

czytelny podpis Ubezpieczającego

dr n. o z. dr Barbara Stawarz

KIEROWNIK

Z-ca DYREKTORA  
ds. Administracyjno-Technicznych  
Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Józefa Pło  
w Przemyśle

Robert Wyskiel

Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym  
RADCA PRAWNY MAREK MAZUR  
737-230

Beata Strawińska  
st. inspektor

oryginał  
DU 32852986

**TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH**  
**TUW** (24) 1  
**Biuro Regionalne w Rzeszowie**  
35-010 Rzeszów, ul. Sokółka 4  
tel. 17 852-00-54, 17 853-51-54, 17 853-75-40  
e-mail: rzeszow@tuw.pl

(24) TOWARZYSTWO  
LIBERZIECZŃ WZAJEMNYCH

Nr członkowski: 5601 / 74133  
Symbol ZWC:  
Kategoria Ubezpieczającego: 54  
Umowa: kontynuacja  
do polisy: OD32764106

WNIOSKO-POLISA nr OD32852986

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej TUW „TUW”, potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia i odpowiedzialności cywilnej, obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający: WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU, 37-700 Przemyśl, Monte Casino 18 ; Regon: 000314684  
nr tel. (+16)677-50 - 00

Ubezpieczony: WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU, 37-700 Przemyśl, Monte Casino 18 ; Regon: 000314684

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

**Zakres terytorialny:**

[illegible]

Franszyzy zniesiono TAK ☐ NIE ☐

warunki specjalne, oferta z dnia 31.08.2018r.

POSTANOWIENIA  
DODATKOWE:

Platności:					
Składka:	4 500 PLN	Składka członkowska:	-- PLN	Udziały:	-- PLN
				Wpisowe:	-- PLN

Łączna kwota do zapłaty: 4 500 PLN słownie: cztery tysiące pięćset złotych zero groszy

Terminy i kwoty płatności:

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

Sposób płatności: **ratalnie**

Forma płatności: przelew

nr raty	termin płatności	kwota w PLN
1	21-01-2021	1125
2	31-03-2021	1 125
3	30-06-2021	1 125
4	30-09-2021	1 125

SIEDZIBA: Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, 02-793 Warszawa, ul. H. Raabego 13, [www.tuw.pl](http://www.tuw.pl)  
 Infolinia: 801 001 003, (+48 22) 545 39 50  
 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 0000033284  
 NIP 526-10-33-426, REGON 012144579  
 Zarząd TUW „TUW”: Prezes Zarządu - Ewa Stachura - Kruszewska, Wiceprezes Zarządu - Agnieszka Różga,  
 Wiceprezes Zarządu - Jerzy Lenard, Członek Zarządu - Michał Makarczyk, Członek Zarządu - Bartosz Okrasa

Wersja Druku: 2014/01

DU/1609140308974/jbrudz

PA-60.280  
Strona 1/3



oryginał  
DU 32852986

WNOSKO-POLISA nr OD32852986

**Informacje dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej/zawodowej**

(np. Sp. z o.o., osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)

Forma prowadzonej działalności

Rodzaj prowadzonej działalności:

Lp.	Rodzaj działalności <sup>1) 2)</sup>	Nr PKD
1		
2		
3		
4		
5		

W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia większej liczby działalności każdą działalność należy wyszczególnić w załączniku do niniejszej wniosko-polisy.

- 1) Pierwsza wpisana działalność to działalność wiodąca, tj. o największym obrocie lub działalności, w której jest największe zatrudnienie  
2) W przypadku osób fizycznych wykonujących czynności zawodowe na podstawie umów cywilno-prawnych należy podać PKD podmiotu u którego zatrudniona jest osoba fizyczna

Adresy lokalizacji Ubezpieczonego:

Lp.	Kod	Miejscowość	Ulica	Numer działki	Numer lokalu
1					
2					
3					
4					

W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia większej liczby lokalizacji każdą lokalizację należy wyszczególnić w załączniku do niniejszej wniosko-polisy.

Przychód: za rok ubiegły \_\_\_\_\_ PLN, przychód planowany na rok bieżący \_\_\_\_\_ PLN  
Liczba zatrudnionych pracowników (w tym również na umowy cywilne) \_\_\_\_\_ w tym pracownicy biurowi \_\_\_\_\_ techniczno-produkcyjni \_\_\_\_\_

Rok rozpoczęcia prowadzonej działalności \_\_\_\_\_

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 4 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wzajemnej:

Dane podmiotów objętych ubezpieczeniem \_\_\_\_\_

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 5 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podwykonawców:

Zakres prac podwykonawców \_\_\_\_\_

Czy wymagane jest ubezpieczenie OC działalności od podwykonawców TAK ☐ NIE ☐

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 6 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za produkt:

Rodzaj produktu/ów \_\_\_\_\_ TAK ☐ NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 5 lat została przerwana produkcja zgłoszonych do ubezpieczenia produktów lub czy były wycofane z rynku \_\_\_\_\_

Przyczyna przerwania produkcji lub wycofania produktów z rynku \_\_\_\_\_

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 15 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności hotelarskiej za rzeczy wniesione przez ich gości:

Liczba pokoi \_\_\_\_\_

Czy jest prowadzona własna gastronomia TAK ☐ NIE ☐

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 16 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia parkingu strzeżonego:

Adres parkingu \_\_\_\_\_

Liczba stanowisk \_\_\_\_\_ Monitoring/alarm TAK ☐ NIE ☐

Liczba obsługi \_\_\_\_\_ Czy do umowy ubezpieczenia został załączony regulamin parkingu TAK ☐ NIE ☐

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 17 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej organizatora imprezy nie podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu:

Rodzaj imprezy \_\_\_\_\_ Czas trwania imprezy \_\_\_\_\_

Liczba przewidywanych osób \_\_\_\_\_

Czy do umowy ubezpieczenia został załączony harmonogram imprezy TAK ☐ NIE ☐

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 18 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wychowawcy na kolonii, feriach lub obozach i/lub Klauzulę nr 19 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej studentów odbywających staże i/lub praktyki zawodowe:

Ukończone szkolenia lub uzyskane certyfikaty w ostatnich 5 latach \_\_\_\_\_

Przy rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o Klauzulę nr 20 Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej wspólnot mieszkaniowych:

Liczba lokali wspólnoty \_\_\_\_\_ powierzchnia użytkowa budynku \_\_\_\_\_ rok budowy budynku \_\_\_\_\_

W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia wielu wspólnot mieszkaniowych każdą lokalizację należy wyszczególnić w załączniku do niniejszej wniosko-polisy.

**UBEZPIECZAJĄCY INFORMUJE, ŻE:**

1) Liczba lat stażu członkowskiego wynosi \_\_\_\_\_

2) W ciągu ostatnich 3 lat wystąpiły następujące szkody:

Data wypłaty	Przedmiot, przyczyna i opis szkody	Ubezpieczone w (nazwa z.u.)	Kwota wypłaconego odszkodowania [PLN]

Bezszkodowy przebieg ubezpieczenia w latach:

SIEDZIBA: Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, 02-793 Warszawa, ul. H. Raabego 13, www.tuw.pl  
Infolinia: 801 001 003, (+48 22) 545 39 50  
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 0000033284  
NIP 526-10-33-426, REGON 012114579  
Zarząd TUW „TUW”: Prezes Zarządu - Ewa Stachura - Kruszevska, Wiceprezes Zarządu - Agnieszka Różga,  
Wiceprezes Zarządu - Jerzy Lenard, Członek Zarządu - Michał Makarczyk, Członek Zarządu - Bartosz Okrasa



oryginał  
DU 32852986

WNIOSKO-POLISA nr OD 32852986

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

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

Wynik analizy potrzeb Klienta

Wynik analizy potrzeb Klienta  
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej **TAK**

OC pracodawcy	NIE
OC najemcy nieruchomości	NIE
OC najemcy rzeczy ruchomych	NIE
OC za podwykonawców	NIE
OC wspólnot mieszkaniowych	NIE
OC za produkt	NIE

- 2) został mi doręczony Dokument zawierający informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej obowiązujący w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że zapoznałam/em się z jego treścią przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 3) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej 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,
- 4) podane przeze mnie we wniosko-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 niniejszym formularzu wniosko-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 elektronicznej 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 przeze 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 oraz 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/lem poinformowana/ny o tym, że w trakcie trwania umowy ubezpieczenia mogę wskazać inny, niż we wniosko-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”.

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)

Kierownik Wydziału Sprzedaży Ubezpieczeń  
Menedżer Sprzedaży

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Józefa Pło-  
w w Przemyślu

2020-12-28 08:25:08

6888

Miejscowość, data wystawienia polisy

kod, pieczęć i podpis przedstawiciela TUV „TUV”

czytelny podpis Ubezpieczającego

Z-ca DYREKTORA  
ds. Administracyjno-Technicznych  
Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Józefa Pło-  
w w Przemyślu

KIEROWNIK  
Działu Gosp. Zarządczego  
mgr Adam Póchołopek

Wersja Druku: 2014/01

DU/1609140308974/jbrudz

Sprawdzono pod względem  
formalno-prawnym

RADCA PRAWNY MAREK MAZUR

Robert Wyskiel  
SIEDZIBA: Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUV”, 02-793 Warszawa, ul. H. Raabego 13, www.tuvw.pl  
Infolinia: 801 001 003, (+48 22) 545 39 50  
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 0000033284  
NIP 526-10-33-426, REGON 012114579  
Zarząd TUV „TUV”: Prezes Zarządu - Ewa Stachura - Kruszevska, Wiceprezes Zarządu - Agnieszka Różga,  
Wiceprezes Zarządu - Jerzy Lenard, Członek Zarządu - Michał Makarczyk, Członek Zarządu - Bartosz Okrasa

Beata Strawińska  
PA-60.280  
Strona 3/3

dr n. o. z. Barbara Stawarz