

INSTRUKCJA dla stażysty

Jak wpisać swoje dane jako Ubezpieczonego w polisie grupowej zawartej i opłaconej przez Wielkopolską Izbę Lekarską.

Polisa OC lekarza i lekarza dentysty stażysty za ewentualne szkody wyrządzone w czasie stażu podyplomowego podmiotowi leczniczemu lub pacjentowi (szkody osobowe lub rzeczowe).

Rozwiązanie elektroniczne, bez papieru

Link wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia daje nieograniczony dostęp dla wszystkich zainteresowanych w każdym czasie. Linku można użyć zarówno z komputera jak i z telefonu . Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na zawarcie ubezpieczenia, aplikacja zastępuje papierowe deklaracje.

Stażysta wchodzi do formularza poprzez link:

https://inter-direct.pl/ubezpieczenie_studenta?course=d14f95eb95d5a38964082799647fea60

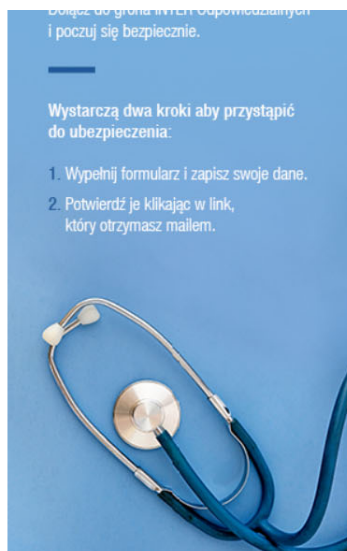
Lub poprzez QR kod:



Widok

	[Medycyna pod pełną ochroną]				
Twoja odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta zaczyna się już dziś. Dolącz do grona INTER Odpowiedzialnych	<table><tr><td data-bbox="454 1657 861 1780">Ubezpieczający</td><td data-bbox="861 1657 1489 1780">WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA</td></tr><tr><td data-bbox="454 1780 861 1865">Kurs</td><td data-bbox="861 1780 1489 1865">Program Stażowy, Ubezpieczenie Lekarza Stażysty w czasie stażu podyplomowego</td></tr></table>	Ubezpieczający	WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA	Kurs	Program Stażowy, Ubezpieczenie Lekarza Stażysty w czasie stażu podyplomowego
Ubezpieczający	WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA				
Kurs	Program Stażowy, Ubezpieczenie Lekarza Stażysty w czasie stażu podyplomowego				

Wpisuje poniżej swoje dane:



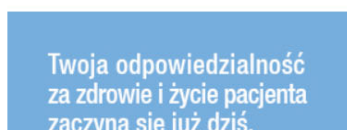
Dane ubezpieczonego	
* Imię	
* Nazwisko	
Czy obcokrajowiec	☐
* PESEL	
* Telefon	
* E-mail	
Dane ubezpieczonego	
* Kod pocztowy	
* Poczta	
* Miejscowość	
* Ulica	
* Numer domu	
Numer lokalu	

WAŻNE! Zaznacza zgody, zgody są potrzebne do kontaktu:

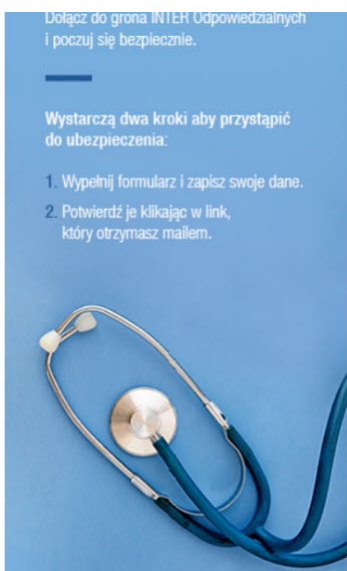


Oświadczenia obowiązkowe	
☒	Zaznacz wszystkie
☒	Otrzymałem informacje o produkcie ubezpieczeniowym i Ogólne Warunki Ubezpieczenia (>>rozwiń)
☒	Zapoznałem się z Regulaminem Świadczenia Usług Droga Elektroniczną (>>rozwiń)
☒	Zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych (>>rozwiń)
☒	Otrzymałem informację o sposobie składania i rozpatrywania reklamacji (>>rozwiń)
☒	Podane przeze mnie dane są prawdziwe (>>rozwiń)
Zgody dobrowolne	
☒	Zaznacz wszystkie na Tak
☒	Otrzymywanie informacji handlowych przez e-mail ?
☒	Otrzymywanie informacji handlowych za pośrednictwem telefonu ?
☒	Otrzymywanie informacji w formie rozmowy z przedstawicielem ?
☒	Zgoda na automatyczną ocenę ?
☒	Otrzymywanie inf. związanych z realizacją umowy na e-mail ?
ZAPISZ	

Na adres mailowy, który stażysta podał, przychodzi potwierdzenie adresu mailowego:



Rejestracja na kurs została wykonana pomyślnie.	
Na podany adres e-mail został wysłany link do potwierdzenia danych w formularzu.	



Dane ubezpieczonego	
* Imię	Jan
* Nazwisko	Kowalski
Czy obcokrajowiec	☐
* PESEL	96092508172
* Telefon	605544092
* E-mail	jan.kowlaski96@gmail.com
Dane ubezpieczonego	
* Kod pocztowy	41-500
* Poczta	Chorzów
* Miejscowość	Chorzów
* Ulica	krzywa
* Numer domu	12
Numer lokalu	6

Widok w skrzynce mailowej:

Okna Pomoc

zno... x > PD... x Inte... x LA... x PD: ... x Dost... x > Re... x IML... x FW: ... x > Ra... x

Nowy Odpowiedz Odpowiedz wszystkim Prześlij Więcej

! Osoba Temat

TU INTER Polska SA Potwierdzenie adresu e-mail

Od: "TU INTER Polska SA" <Ubezpieczenie@interpolska.pl>
Do:
Data: 29.06.2022 12:04
Temat: Potwierdzenie adresu e-mail

Witaj,
dziękujemy za wypełnienie formularza przystąpienia do ubezpieczenia INTER.
Potwierdź swoje dane klikając w poniższy link.
[potwierdzenie autentyczności danych](#)

Jeżeli nie przystępujesz do ubezpieczenia w ramach Program Stażowy, Ubezpieczenie Lekarza Stażysty w czasie stażu podyplomowego zignoruj tę wiadomość.

Z pozdrowieniami,
TU INTER Polska SA
E-mail wygenerowany automatycznie - prosimy na niego nie odpowiadać

Po kliknięciu w potwierdzenie autentyczności:



Medycyna
pod pełną ochroną

**Twoja odpowiedzialność
za zdrowie i życie pacjenta
zaczyna się już dziś.**

Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych
i poczuj się bezpiecznie.

Ubezpieczający	ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA
Kurs	Program stażowy - Śląska Izba Lekarska
	Wysokość składki do opłacenia

...

TAK Otrzymywanie informacji handlowych za pośrednictwem telefonu

TAK Otrzymywanie informacji w formie rozmowy z przedstawicielem

TAK Zgoda na automatyczną ocenę

TAK Otrzymywanie inf. związanych z realizacją umowy na e-mail

POTWIERDŹ

* pola wymagane

Na podany adres mailowy wysyłamy automatycznie Certyfikat:



[Medycyna
pod pełną ochroną]

Twoja odpowiedzialność
za zdrowie i życie pacjenta
zaczyna się już dziś.

Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych

Rejestracja na kurs została wykonana pomyślnie.

Dziękujemy za potwierdzenie danych i przystąpienie do ubezpieczenia.
Na podany przez Ciebie adres e-mail został wysłany link do Certyfikatu.

Kluczowe jest aby stażysta rejestrował się na stronie będąc w izbie, nie odkładał tego na później.