

# 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=c50d10870239f0adde7ca2f467283fb8](https://inter-direct.pl/ubezpieczenie_studenta?course=c50d10870239f0adde7ca2f467283fb8)

Lub poprzez QR kod:



Widok



[ **Medycyna**  
pod pełną ochroną ]

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

Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych

Ubezpieczający

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Kurs


Program Stażowy, Ubezpieczenie Lekarza Stażysty w czasie stażu podyplomowego

Wpisuje poniżej swoje dane:

Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych i poczuj się bezpiecznie.

Wystarczy dwa kroki aby przystąpić do ubezpieczenia:

1. Wypełnij formularz i zapisz swoje dane.
2. Potwierdź je klikając w link, który otrzymasz mailem.



Dane ubezpieczonego

\* Imię

\* Nazwisko

Czy obcokrajowiec

\* PESEL

\* Telefon

\* E-mail

Dane ubezpieczonego

\* Kod pocztowy

\* Poczta

\* Miejscowość

\* Ulica

\* Numer domu

Numer lokalu

**WAŻNE! Zaznaczenia 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:

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

Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych i poczuj się bezpiecznie.

Wystarczy dwa kroki aby przystąpić do ubezpieczenia:

1. Wypełnij formularz i zapisz swoje dane.
2. Potwierdź je klikając w link, który otrzymasz mailem.



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

Dane ubezpieczonego

\* Imię

\* Nazwisko

Czy obcokrajowiec

\* PESEL

\* Telefon

\* E-mail

Dane ubezpieczonego

\* Kod pocztowy

\* Poczta

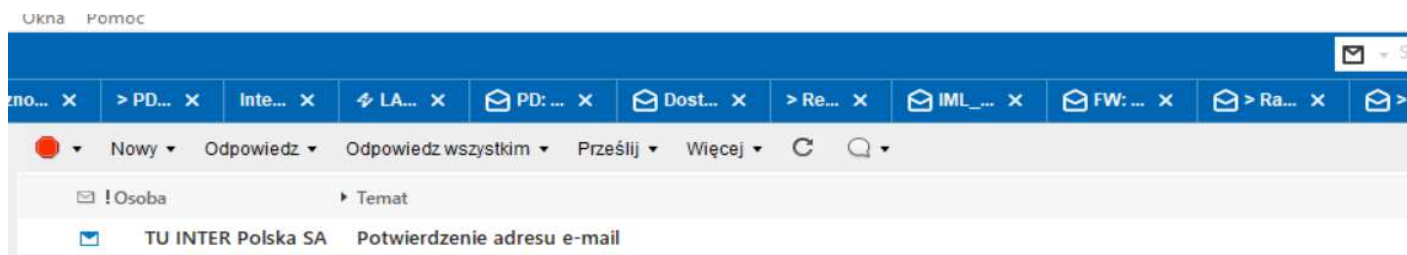
\* Miejscowość

\* Ulica

\* Numer domu

Numer lokalu

## Widok w skrzynce mailowej:




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 ]

<b>Twoja odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta zaczyna się już dziś.</b> <small>Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych i pocuj się bezpiecznie.</small>	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.