**Dodatkowe zniżki dla Lekarzy ubezpieczonych poprzez Izbę Lekarską w ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej**

Informujemy, że dla członków Opolskiej Izby Lekarskiej , którzy przystąpili do Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy za pośrednictwem Izby został wprowadzony specjalny program zniżkowy na pozostałe ubezpieczenia dostępne w PZU SA., w tym również ubezpieczenia komunikacyjne (OC i AC).

Do jakich zniżek upoważnia karta:

**Karta Klienta PZU umożliwia uzyskanie zniżki w wysokości 20%** i ma zastosowanie do następujących ubezpieczeń:

* Domu, mieszkania oraz innych nieruchomości, np. domu letniskowego czy garażu;
* Wyposażenia nieruchomości, takiego jak meble, sprzęt elektroniczny i AGD, przedmioty ze szkła (np. płyty kuchenne), a także ubrania, książki i wiele innych rzeczy znajdujących się w domu;
* Samochodu, zarówno w zakresie ubezpieczenia OC, jak i AC;
* Następstw nieszczęśliwych wypadków;
* Turystycznych.

**UWAGA! POWYŻSZA ZNIŻKA NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI PROMOCJAMI OFEROWANYMI PRZEZ PZU S.A.**

**PROCEDURA UZYSKANIA ZNIŻEK**

1. **UPRAWNIENIE DO UZYSKANIA ZNIŻKI MOŻE UZYSKAĆ TYLKO I WYŁĄCZNIE LEKARZ , KTÓRY ZAWARŁ UBEZPIECZENIE**
2. Izba przekazuje dane osób ubezpieczonych plikiem excel do PZU celem nadania przez PZU S.A. uprawnień do zniżek w systemie. Z uwagi jednak na fakt, iż dane przekazywane są PZU S.A. W celach marketingowych a nie celem realizacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarz winien wyrazić świadomą zgodę na przekazanie jego danych osobowych PZU S.A. . W tym celu;
	* Izba powinna uzyskać świadomą zgodę na przekazanie danych do PZU S.A. I dopiero po uzyskaniu zgody
	* wysłać dane osobowe lekarza
3. **Po przesłaniu danych lekarz**:
* zostanie wpisany w system – zostanie mu nadany indywidualny nr karty i uprawnień, który będzie widoczny u każdego agenta i w każdym Oddziale
* Karta zostanie wysłana do lekarza na indywidualny adres przez PZU S.A.

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y…………………………………………………………………………………………………, wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do PZU SA. celem otrzymania Karty Klienta PZU.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że administratorem podanych przeze mnie dobrowolnie  danych osobowych jest Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24. Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przysługuje mi   prawo dostępu do ich treści,  poprawiania i usunięcia, w przypadku ustania celu, dla którego zostały zebrane.

…………………………

 PODPIS