

INSTRUKCJA dla Lekarza stażysty '2025

Czyli jak przystąpić do Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej lekarza i lekarza dentysty stażysty za ewentualne szkody wyrządzone w czasie stażu podyplomowego podmiotowi leczniczemu lub pacjentowi (szkody osobowe lub rzeczowe)

Polisa została zawarta i opłacona przez Śląską Izbę Lekarską.

Rozwiązanie elektroniczne (bez papierowych deklaracji przystąpienia)

Link wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia uwidoczniemy na stronie Izby w zakładce dla Stażystów. Daje nieograniczony dostęp dla wszystkich zainteresowanych w każdym czasie. Linku można użyć zarówno z komputera jak i z telefonu. Wygenerowano również kod QR do tej aplikacji. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na zawarcie ubezpieczenia.

Osoby niezapisane nie będą objęte ochroną



Śląska Izba Lekarska
w Katowicach

Czcionka:

A A A

O Izbie

Izba dla Ciebie

Rejestry

Składki

Ogłoszenia

Muzeum

Pamięć

Ścieżka: Start

Rejestry

1. Staż podyplomowy	4. Punkty edukacyjne	7. Składki
2. Prawo Wykonywania Zawodu	5. Zaświadczenia Unijne	8. Praktyka Lekarska
3. Specjalizacja	6. LEK, LDEK	

Korzystając z linku lub kodu QR Stażysta zostaje przekierowany do formularza:

https://inter-direct.pl/ubezpieczenie_studenta?course=6817c0b81e6d9db84384379eeb7fe47a

lub kodu QR



Widok:

	[Medycyna pod pełną ochroną]				
Tvoja odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta zaczyna się już dziś. Dołącz do grona INTER Odpowiedzialnych	<table><tr><td>Ubezpieczający</td><td>ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA</td></tr><tr><td>Kurs</td><td>Program stażowy - Śląska Izba Lekarska</td></tr></table>	Ubezpieczający	ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA	Kurs	Program stażowy - Śląska Izba Lekarska
Ubezpieczający	ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA				
Kurs	Program stażowy - Śląska Izba Lekarska				

Wpisuje poniżej swoje dane:



Dane ubezpieczającego	
* 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 Drogą 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 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

Potwierdzenie adresu e-mail

TU INTER Polska SA do [redacted]

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

Jeżeli nie przystępowałeś do ubezpieczenia w ramach Program stażowy - Śląska Izba Lekarska zignoruj tą 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.

Dolącz do grona INTER Odpowiedzialnych
i pocuj 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 objęcia ochroną:

Medycyna
pod pełną ochroną

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

Dolącz 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 Lekarz Stażysta rejestrował się na stronie będąc w Izbie, nie odkładał tego na później.