**OFERTA GRUPOWEGO DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z ZAKAŻENIEM HIV/WZW NA ROK AKADEMICKI 2020/2021**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Suma ubezpieczenia w zł |
| BADANIA NA OBECNOŚĆ WIRUSÓW HIV LUB WZW | 1.500,00 |
| KOSZT LEKÓW ANTYRETROWIRUSOWYCH HIV | 3.500,00 |
| JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZAKAŻENIA HIV | 20.000,00 |
| JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZAKAŻENIA WZW | 10.000,00 |

**SKŁADKA ROCZNA ZA UBEZPIECZENIE WYNOSI**

**92,00 zł (dla studentów pielęgniarstwa, studenta studiów magisterskich w zawodzie lekarza),**

**74,00 zł (dla studentów ratownictwa medycznego)**

**60 zł (kosmetologia)**

**PŁATNA DO DNIA 25 PAŹDZIERNIKA 2020 R.**

**W KASIE UCZELNI LUB PRZELEWEM NA WSKAZANY PONIŻEJ RACHUNEK:**

Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie

pl. Żelaznej Bramy 10, 00-136 Warszawa

Nr rachunku: 11 1050 1025 1000 0023 6749 5963 (ING Bank Śląski S.A.)

W tytule przelewu prosimy wpisać swój nr albumu, imię i nazwisko oraz „składka za ubezpieczenie OCHRONA HIV/WZW”.

**Kopię dowodu wpłaty prosimy dostarczyć do Kwestury, gdzie należy również wypełnić deklarację zgody na ubezpieczenie ochrona HIV/WZW(wymagane jest podanie danych osobowych, w tym data urodzenia).**

**Zaznaczyć krzyżyk „X” na tej samej deklaracji co : OC**

**Ogólne warunki ubezpieczenia są dostępne na stronie internetowej Uczelni.**