

Oświęcim, dnia.....

**DEKLARACJA PRACOWNIKA
OBJĘCIA OPIEKĄ MEDYCZNĄ W RAMACH PAKIETÓW MEDYCZNYCH LUX MED**

Oświadczam, że z dniem¹.....przystępuję do Programu **Prywatnej Opieki Medycznej**.

| SPÓŁKA* | NR EWIDENCYJNY | NAZWISKO | IMIĘ | PESEL | NR TELEFONU |
|--------------------|----------------|-------------|--------------|--------|-------------|
| | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | |
| ULICA | NR DOMU | MIEJSCOWOŚĆ | KOD POCZTOWY | POCZTA | |
| | | | | | |

* W kolumnie „Spółka” prosimy o wpisanie: SSA/DWO/MPO/DW6/DWC

Zwracam się z prośbą:

(prosimy o wstawienie poniżej znaku „X” w odpowiednie pole zgodnie z Państwa wyborem)

O objęcie mnie opieką medyczną w ramach pakietu / O zmianę pakietu na²:

- Pakiet kompleksowy dla pracownika**
Koszt Pracownika wynosi 30 zł / m-c
- Pakiet kompleksowy partnerski**
Koszt Pracownika wynosi 85 zł / m-c
(Dotyczy współmałżonka lub partnera życiowego lub jednego dziecka do ukończenia 26 roku życia)
- Pakiet kompleksowy rodzinny**
Koszt Pracownika wynosi 178 zł / m-c
(Dotyczy współmałżonka lub partnera życiowego i wszystkich dzieci do ukończenia 26 roku życia)

Jako osoby uprawnione do korzystania z opieki medycznej w ramach wybranych pakietów wskazuję następujące osoby (należy wypełnić w przypadku wskazania pakietu partnerskiego lub rodzinnego):

| LP. | NAZWISKO | IMIĘ | PESEL | ADRES ZAMIESZKANIA (Ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość) | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA** |
|-----|----------|------|-------|---|----------------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

** W kolumnie „stopień pokrewieństwa” prosimy o wpisanie: Współmałżonek/Partner lub Dziecko

W związku z dokonaniem wyborem pakietów medycznych oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z warunkami korzystania z pakietów usług medycznych określonych umową pomiędzy pracodawcą a LUX MED zawartych w Regulaminie;

¹ Pierwszy dzień następnego miesiąca

² Niepoprawne skreślić

- Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia opłaty zgodnie z wyborem opcji zaznaczonej powyżej przez okres co najmniej 12 miesięcy (w przypadku braku środków na potrącenie z wynagrodzenia zobowiązuję się do wpłaty należnej kwoty na rachunek Spółki w ciągu 3 dni od uzyskania informacji od pracownika Działu Administracji Kadrowej o braku środków do potrącenia);
- Zostałem poinformowany, że kwota finansowana przez Pracodawcę zostanie doliczona do dochodu;

Skorzystanie z możliwości objęcia opieką medyczną w ramach pakietów medycznych jest dobrowolne.

W celu objęcia opieką medyczną w ramach świadczonych usług przez LUX MED Sp. z o.o. Pracodawca pozyskuje od osób uprawnionych następujące dane osobowe: imię, nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa.

Administratorem danych jest LUX MED Sp. z o.o. Dane osobowe zawarte w niniejszej deklaracji są zbierane i będą przekazywane do LUX MED Sp. z o.o. wyłącznie w celu realizacji umowy o świadczenie kompleksowej opieki medycznej zgodnie z zakresem określonym w pakietach medycznych.

Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz dokonania zmiany ich treści bądź ich usunięcia. Dane są podawane przez osoby, których dotyczą dobrowolnie, niemniej bez ich podania nie jest możliwe objęcie ich opieką medyczną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez pracodawcę w celu realizacji umowy o świadczenie kompleksowej opieki medycznej zgodnie z zakresem określonym w pakietach medycznych, w tym polegające na przekazaniu moich danych zawartych w niniejszej deklaracji firmie LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 21C.

Rozumiem, że posiadam prawo dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż brak niniejszej zgody uniemożliwia objęcie mnie opieką medyczną. W przypadku zmian zobowiązuje się do aktualizacji danych.

Czytelny Podpis Pracownika

1 _____
Czytelny podpis osoby uprawnionej, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego*

2 _____
Czytelny podpis osoby uprawnionej, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego*

3 _____
Czytelny podpis osoby uprawnionej, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego*

4 _____
Czytelny podpis osoby uprawnionej, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego*

5 _____
Czytelny podpis osoby uprawnionej, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego*

**W każdej pozycji należy złożyć podpis: współmałżonka lub partnera, pełnoletniego dziecka/ dzieci stasownie do pozycji wykazanych w tabeli powyżej a w przypadku niepełnoletniego dziecka zgłoszonego do opieki medycznej podpis powinien zostać złożony przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego.*

Data wpływu _____
/wypełnia pracownik przyjmujący wniosek/