

**ZGŁOSZENIE DO PRACOWNICZEGO PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

przygotowanego dla pracowników firm i instytucji obsługiwanych przez  
Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

Nazwa zakładu pracy: .....

Miejsce opieki: .....

Nr telefonu: .....

Przystępuję do umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach Pracowniczego Programu Zdrowotnego od dnia  
..... w ramach wariantu:

Typ Indywidualny – 270,13 zł

Typ Partnerski – 540,13 zł

(Wysokość składek w okresie 01.11.2024r. – 30.09.2025r.)

Wyrażam zgodę na potrącanie składki z tytułu uczestnictwa w Pracowniczym Programie Zdrowotnym w wysokości  
..... zł łącznie, z uposażenia lub wynagrodzenia na rachunek bankowy organizatora  
Programu (Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.), nr rachunku bankowego: 32 1090 2590  
0000 0001 2983 6928.

Oświadczam, że składkę z tytułu uczestnictwa w Pracowniczym Programie Zdrowotnym w wysokości  
.....zł łącznie będę opłacał indywidualnie na rachunek bankowy organizatora Programu (Biuro  
Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.), nr rachunku bankowego: 32 1090 2590 0000 0001 2983  
6928.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z OWU i zakresem opieki medycznej. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją  
o waloryzacji składki z tytułu uczestnictwa w Pracowniczym Programie Zdrowotnym.

**Minimalny okres uczestnictwa w programie 12 miesięcy.** Podstawą skrócenia okresu uczestnictwa jest:

- rozwiązanie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej na podstawie, której pracownik wykonywał pracę na rzecz zakładu pracy i nie zawarcie kolejnej umowy pomiędzy pracownikiem a zakładem pracy (co jest równoznaczne z wykreśleniem członka rodziny pracownika,) lub
- śmierć uczestnika Programu, lub
- uzyskanie przez członka rodziny u podmiotu innego niż organizator Programu uprawnienie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w LUX MED Sp. z o.o., lub
- wyrażenie przez LUX MED Sp. z o.o. pisemnej zgodę na wykreślenie z Listy uczestnika Programu, lub
- złożenie oświadczenia o braku możliwości wykonywania potrącenia z uwagi na inne tytuły egzekucyjne (komornik, Urząd Skarbowy, ZUS, wyrok sądu) przewyższające tzw. kwotę wolną od potrąceń.

Rezygnacja z uczestnictwa w Programie powoduje brak możliwości ponownego przystąpienia do Programu w terminie  
wcześniejszym niż 12 miesięcy od dnia wystąpienia z Programu. Rezygnacja z uczestnictwa w Programie pracownika jest  
równoznaczna z rezygnacją wszystkich członków rodziny (oraz/lub partnera pracownika) pracownika objętych zakresem  
Programu w ramach wspólnego wariantu.

Podanie wymienionych powyżej danych osobowych następuje w związku z objęciem opieką zdrowotną LUX MED w ramach  
umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej pomiędzy LUX MED Sp. z o.o. a Biurem Brokerów Ubezpieczeniowych  
Maxima Fides Sp. z o.o.. Administratorem Państwa danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02 –  
676) ul. Postępu 21C. Podmiotem przetwarzającym Państwa dane osobowych jest Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych  
Maxima Fides Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi (90-613) ul. Gdańska 91.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z objęciem opieką zdrowotną LUX MED  
zawarte są w dokumencie „OBOWIĄZEK INFORMACYJNY”. Oświadczam, iż otrzymałem/ otrzymałam i zapoznałem/  
zapoznałam się z tym dokumentem.

Wyrażam zgodę na przekazanie LUX MED Sp. z o.o. moich danych osobowych obejmujących: imię, nazwisko, nr PESEL bądź  
- w przypadku cudzoziemców - datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, płeć, główna miejscowość opieki, adres  
zamieszkania, pokrewieństwo (w przypadku osób zgłaszanych przez członka rodziny),: nr telefonu kontaktowego i adres e-  
mail.

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

.....  
podpis Pracownika

## Cześć II

Proszę o objęcie programem prywatnej opieki zdrowotnej w ramach Pracowniczego Programu Zdrowotnego w ramach wariantu:

Typ Partnerski

od dnia ..... następującej osoby:

Współmałżonka (partnera) / Dziecka (do 26 roku życia)

**1. Imię i nazwisko:** .....

Miejsce zamieszkania .....

PESEL: .....

Telefon .....

Podanie wymienionych powyżej danych osobowych następuje w związku z objęciem opieką zdrowotną LUX MED w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej pomiędzy LUX MED Sp. z o.o. a Biurem Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o.. Administratorem Państwa danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02 – 676) ul. Postępu 21C. Podmiotem przetwarzającym Państwa dane osobowych jest Biuro Brokerów Ubezpieczeniowych Maxima Fides Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi (90-613) ul. Gdańska 91.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z objęciem opieką zdrowotną LUX MED zawarte są w dokumencie „OBOWIĄZEK INFORMACYJNY”. Oświadczam, iż otrzymałem/ otrzymałam i zapoznałem/ zapoznałam się z tym dokumentem.

Wyrażam zgodę na przekazanie LUX MED Sp. z o.o. moich danych osobowych obejmujących: imię, nazwisko, nr PESEL bądź - w przypadku cudzoziemców - datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL, płeć, główna miejscowość opieki, adres zamieszkania, pokrewieństwo (w przypadku osób zgłaszanych przez członka rodziny),: nr telefonu kontaktowego i adres e-mail.

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

.....  
podpis Pracownika