

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 – 84,70 zł
- Typ Partnerski – 169,40 zł
- Typ Rodzinny – 218,60 zł
- 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 (Bank Zachodni WBK S. A.).
- Oświadczam, że składkę z tytułu uczestnictwa w Pracowniczym Programie Zdrowotnym w wysokościzł 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 (Bank Zachodni WBK S. A.).

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 otrzymałam/ otrzymałam i zapoznałam/ 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
 Typ Rodzinny

od dnia następujących osób:

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

- 1. Imię i nazwisko:**
- Miejsce zamieszkania
- PESEL:
- Telefon
-
- 2. Imię i nazwisko:**
- Miejsce zamieszkania
- PESEL:
- Telefon
-
- 3. Imię i nazwisko:**
- Miejsce zamieszkania
- PESEL:
- Telefon
-
- 4. 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