WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

****

**DEKLARACJA**

**PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY O UDZIELANIE**

**ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO**

**(TZW. „PAKIET MEDYCZNY”)[[1]](#footnote-1)**

**dot. partnera/współmałżonka/dziecka powyżej 16 r.ż.[[2]](#footnote-2)**

Nazwisko i imię pracownika ….........................................................................................................................................................................................................................

PESEL ...……………....................................................................................................................................................................................................................................................

**Wnioskuję o objęcie uprawnieniem do korzystania z pakietu medycznego**:

współmałżonek/partner

dziecko powyżej 16 r.ż.2

Nazwisko i imię ..........................................................................................................................................................................................................................................................

PESEL ...……………......................................................................................Data urodzenia………………………………………………………

Adres zamieszkania:

Miejscowość ................................................................................................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy .............................................................................................................................................................................................................................................................

Ulica ..................................................................................................................................................................................................................................................................................

nr domu ……………….…………………….. nr lokalu .......................................................................................................................................................................................

Numer telefonu .................................................................................... adres e-mail: ......................................................................................................................................

Jednocześnie:

* wyrażam zgodę na potrącanie z mojego miesięcznego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby, zasiłków   
  z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy należności wynikających   
  z przystąpienia wskazanej w niniejszej deklaracji osoby do pracowniczego pakietu medycznego do PZU Zdrowie S.A   
  i przekazywania jej do PZU Zdrowie SA z siedzibą w Warszawie, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000395215 w kwocie:

**39,90 zł – 57,75 zł** (dotyczy pakietu podstawowego) [[3]](#footnote-3)

**78,00 zł** (dotyczy pakietu rozszerzonego)

* wyrażam zgodę na potrącanie ww. należności przez okres co najmniej 12 miesięcy (odstąpienie od umowy przed upływem 12 miesięcy następuje tylko w przypadku: rozwiązania umowy o pracę lub skorzystania z urlopu bezpłatnego powyżej   
  1 miesiąca).
* potwierdzam, że zapoznałam/em się z regulaminem i zasadami korzystania z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu medycznego i je akceptuję.

......................................................................................

data i czytelny podpis pracownika

Data wpływu do CSO .....................................

**OŚWIADCZENIE PARTNERA/WSPÓŁMAŁŻONKA/DZIECKA(powyżej 16 r.ż.)**

**ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH**

(dotyczy partnera/współmałżonka/dziecka powyżej 16 r.ż. przystępującego do pakietów medycznych)

w związku ze zgłoszeniem mnie przez partnera/współmałżonka/opiekuna prawnego/rodzica\* do pracowniczych pakietów medycznych wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zawartych we wniosku o przystąpienie do pracowniczych pakietów medycznych do PZU Zdrowie Spółki Akcyjnej z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa   
w celu umożliwienia mi korzystania z usług medycznych objętych umową główną zawartą 20 grudnia 2021 r pomiędzy Uniwersytetem Jagiellońskim, a PZU S.A. zgodnie z porozumieniem w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej „RODO”) i ustawą o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r.

Przyjmuję do widomości, że po udostepnieniu danych osobowych przez UJ do PZU S.A. administratorem moich danych osobowych będzie PZU S.A.

………………………………………………………………….

data, czytelny podpis osoby przystępującej

**Klauzula informacyjna**

(dotyczy partnera/współmałżonka/dziecka powyżej 16 r.ż. przystępującego do pakietów medycznych)

Zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej „RODO”) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Jagielloński, ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków, reprezentowany przez Rektora.
2. Uniwersytet Jagielloński wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem możliwy jest przez e-mail: iod@uj.edu.pl, pod nr telefonu 12 663 12 25 lub bezpośrednio pod adresem ul. Czapskich 4, 31-110 Kraków pok. nr 27.
3. Pani/Pana dane osobowe pozyskane zostały od Pani/Pana współmałżonka/partnera/rodzica/opiekuna prawnego\* w zakresie imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu umożliwienia korzystania z usług medycznych poprzez udostępnienie Pani/Pana danych osobowych zawartych we wniosku o przystąpienie do pracowniczych pakietów medycznych do PZU Zdrowie Spółki Akcyjnej z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa (dalej jako PZU S.A.)
5. Podstawą udostępnienia Pani/Pana danych osobowych do PZU S.A. jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO czyli udzielona przez Panią/Pana zgoda.
6. Po udostępnieniu Pani/Pana danych do PZU S.A., UJ przestaje być administratorem Pani/ Pana danych osobowych. Administratorem danych osobowych udostępnionych na podstawie udzielonej przez Panią/Pan zgody będzie PZU S.A.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Pani/Panu świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentów medycznych z tytułu przystąpienia do medycznych pakietów pracowniczych lub do momentu wycofania przez Panią/Pana zgody na udostępnianie danych osobowych. Wycofanie zgody na udostepnienie skutkować będzie brakiem możliwości przekazania danych do PZU S.A.   
   i możliwości korzystania z pakietów medycznych.
9. Posiada Pani/Pan prawo do: uzyskania informacji o przetwarzaniu danych osobowych i uprawnieniach przysługujących zgodnie z RODO, dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia danych osobowych ze zbiorów administratora (chyba że dalsze przetwarzanie jest konieczne dla wykonania obowiązku prawnego albo w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń), oraz prawo do ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO.
10. W razie uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do objęcia pakietem medycznym.
12. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani nie będą służyć do profilowania.

…………………………………………………….

data, czytelny podpis osoby przystępującej

\*niepotrzebne skreślić

1. Deklaracja złożona do 20 dnia danego miesiąca upoważnia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach pakietów medycznych od miesiąca następnego [↑](#footnote-ref-1)
2. Dziecko pracownika, dziecko jego małżonka lub partnera – w wieku do ukończenia 26 r. ż., a bez ograniczenia wieku w przypadku dziecka z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. [↑](#footnote-ref-2)
3. Kwota uzależniona od ogólnej liczby osób (pracowników oraz osób bliskich) korzystających w UJ z pakietów medycznych – zgodnie z postanowieniami umowy głównej z dnia 20 grudnia 2021 r. pomiędzy UJ a PZU S.A. [↑](#footnote-ref-3)