WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

****

**DEKLARACJA**

**PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY O UDZIELANIE**

**ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO**

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

**dot. dziecka poniżej 16 r.ż.[[2]](#footnote-2)**

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

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

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

Nazwisko i imię dziecka poniżej 16 r.ż …....................................................................................................................................................

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

Adres zamieszkania:

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

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

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

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

Numer telefonu[[3]](#footnote-3) .................................................................................. adres e-mail3: .................................................................................................................................

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) [[4]](#footnote-4)

**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 .....................................

**ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH**

(dotyczy zgłoszenia dziecka poniżej 16 r.ż. do pakietów medycznych)

w związku z przystąpieniem do pracowniczych pakietów medycznych wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego\* 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 mojemu dziecku/podopiecznemu\* korzystania z usług medycznych objętych umową główną zawartą 20 grudnia 2021 r pomiędzy Uniwersytetem Jagiellońskim, a PZU 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 mojego dziecka/podopiecznego\* przez UJ do PZU S.A. administratorem danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego\* będzie PZU S.A.

…………………………………………………………………….

data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

**Klauzula informacyjna**

(dotyczy dziecka poniżej 16 r.ż. przystępujących do pakietów medycznych)

Zgodnie z art. 13 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/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* jeśli zostało wskazane we wniosku 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/dane osobowe Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* przetwarzane będą w celu umożliwienia korzystania z usług medycznych poprzez udostępnienie Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* 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.)
4. Podstawą udostępnienia Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\*do PZU S.A. jest art. 6 ust. 1 lit. a) RODO czyli udzielona przez Panią/Pana zgoda.
5. Po udostępnieniu Pani/Pana danych/danych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* do PZU S.A., UJ przestaje być administratorem Pani/ Pana danych osobowych/ danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\*. Administratorem danych osobowych udostępnionych na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody będzie PZU S.A.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
7. Pani/Pana dane osobowe / dane osobowe Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż jest to niezbędne do zrealizowania przysługujących Pani/Panu/podopiecznemu/dziecku\* 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 korzystania z pakietów medycznych.
8. 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.
9. W razie uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych/danych osobowych Pani/Pana podopiecznego/dziecka\* narusza przepisy RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do objęcia pakietem medycznym.
11. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani nie będą służyć do profilowania.

…………………………………………………………………….

data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

\*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 [↑](#footnote-ref-2)
3. Pole nieobowiązkowe [↑](#footnote-ref-3)
4. 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-4)