**Oświadczenie przystąpienia pracownika/rodziny pracownika**

**do pakietów medycznych PZU**

……………….…. , ……………….

miejscowość data

………………………………………………………………...…..

Nazwisko i imię Pracownika

………………………………………………………………...…..

Adres Pracownika

……………………………………………………………………………………………….

**Numer telefonu i adres mailowy**

Oświadczam, że przystępuję do poniżej wskazanych pakietów opieki medycznej: postaw „X” w kratce odpowiadającej wybranemu pakietowi oraz zgłaszanej osobie.

**Kwoty pakietów podane w tabeli zostały pomniejszone o kwotę dofinansowania przez pracodawcę.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zgłaszane osoby**  ***(wpisz „pracownik” lub stopień pokrewieństwa: dziecko, współmałżonek, partner)*** | **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia** | **PESEL** | **Płeć**  **K/M** | **Adres zamieszkania**  **(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu,**  **nr mieszkania)** | STANDARD za Pracownika– 29,90 zł | STANDARD za pak. partnerski – 104,80 zł | STANDARD za pak. Rodzinny- 179,60 zł | KOMFORT pracownik- 108,30 zł | KOMFORT pak. Partnerski- 261,60 zł | KOMFORT pak. Rodzinny- 414,80 zł | KOMFORT PLUS pracownik- 201,70 zł | KOMFORT PLUS pak. Partnerski- 448,40 zł | KOMFORT PLUS pak. Rodzinny-695,00 zł |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczenia:

1. Przyjmuje do wiadomości, że warunkiem korzystania z opieki medycznej przez członków rodzin/rodzin pracowników jest jednoczesne korzystanie przez pracownika z „pakietu dla pracownika”.
2. Przyjmuję do wiadomości, że korzystanie z wybranych pakietów partnerskich / pakietów rodzinnych możliwe jest tylko w przypadku gdy osoba uprawniona jest zgłoszona do „pakietu dla pracownika” w przypadku pracownika, a do „pakietu rodzinnego” w przypadku członka rodziny.
3. Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych / danych osobowych członków mojej rodziny spółce PZU Zdrowie S.A z siedzibą w Warszawie, ul. Rondo Daszyńskiego 4, 00-844 Warszawa, w celu realizacji świadczeń objętych wybranymi przeze mnie pakietami.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych członków mojej rodziny, w tym danych na temat stanu zdrowia, przez spółkę PZU Zdrowie S.A. oraz wyznaczone przez nią podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu realizacji świadczeń zdrowotnych objętych wybranymi przeze mnie pakietami.
5. Wyrażam zgodę na uzyskanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej/ dokumentacji medycznej członków mojej rodziny przez PZU Zdrowie S.A. w celu realizacji świadczeń zdrowotnych objętych wybranymi przeze mnie pakietami.
6. Oświadczam, że zostałem poinformowany:
7. iż wartość finansowanego przez Pracodawcę pakietu dodatkowej opieki medycznej (pakietu pracowniczego) będzie potraktowana jako dodatkowy przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.
8. o warunkach i zasadach korzystania z pakietu.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia/zasiłku netto kwoty odpowiadającej wartości pakietu indywidualnego.

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia/zasiłku netto kwoty wartości wybranych przeze mnie i/lub członków mojej rodziny pakietów partnerskich / pakietów rodzinnych.

data i podpis pracownika

**……………………………………**

**----------------------------------------------**

\* Przez rodzinę pracownika rozumie się: partnera życiowego – osobę pozostającą z pracownikiem w związku małżeńskim albo osobę nie będącą w związku małżeńskim, pozostającą z pracownikiem również nie będącym w związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu bez względu na wiek, płeć i stan zdrowia oraz dzieci własne lub przysposobione pracownika lub dzieci własne lub przysposobione jego partnera życiowego do 18 roku życia, a w razie kontynuowania nauki do 25 r. ż. bez względu na stan zdrowia.