WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI /

*FILL IN WITH BLOCK LETTERS*

****

**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)**

***DECLARATION OF JOINING THE AGREEMENT FOR HEALTH CARE SERVICES WITHIN MEDICAL CARE PACKAGES1 (refers to child under 16 y.o.)***

Nazwisko i imię pracownika / *employee’s name and surname* ..................................................................................................................................................

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

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

***I apply for covering with the right to benefit from medical care package***:

Nazwisko i imię dziecka poniżej 16 r.ż / *name and surname of a child under 16 y.o.* ............................................................................................

PESEL ...……………...............................................................................Data urodzenia / *Date of birth*…………………………………………

Adres zamieszkania / *place of residence*:

Miejscowość / *city* ..........................................................................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy / *postcode* .............................................................................................................................................................................................................................

Ulica / *street* ..........................................................................................................................................................................................................................................................

nr domu / *house No.* …..………………… nr lokalu / *apartment No.* ...........................................................................................................................................

Numer telefonu / *phone No.*[[3]](#footnote-3) ........................................................ adres e-mail / *e-mail address*3: .............................................................................................

Jednocześnie / *At the same time*:

* 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:

*I agree for deducting from my monthly remuneration for work, sickness benefit, social insurance benefits as well as all other receivables from the employer charges resulting from joining the employee medical care package and transferring these charges to PZU Zdrowie SA with its registered seat in Warszawa entered in the National Court Register (Krajowy Rejestr Sądowy) under the KRS identification number 0000395215 in the amount:*

[ ]  **39,90 zł – 57,75 zł** (dotyczy pakietu podstawowego) [[4]](#footnote-4)

***PLN 39,90 – 57,75*** *(as regards basic package)4*

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

***PLN 78,00*** *(as regards extended package)*

* 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). /

*I agree for deducting the charge for the period of at least 12 months (withdrawal from the agreement before the lapse of 12 months shall take place only in the case of termination of the contract of employment or unpaid leave longer than 1 month).*

* potwierdzam, że zapoznałam/em się z regulaminem i zasadami korzystania z udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu medycznego i je akceptuję. /

*I confirm that I have read regulations and rules for benefitting from provided health care services under medical care package and I accept it.*

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

 data i czytelny podpis pracownika / *date and employee’s legible signature*

Data wpływu do CSO / *date of filing with the Centre for Personnel Affairs* .....................................

**ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH / *CONSENT FOR PERSONAL DATA DISCLOSURE***

(dotyczy zgłoszenia dziecka poniżej 16 r.ż. do pakietów medycznych / *concerns notifying a child under 16 y.o. to medical care packages*)

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. /

*with reference to joining medical care packages I agree for disclosure of personal data of my child/ward\* provided in the motion for joining employee medical care packages to PZU Zdrowie Spółka Akcyjna with its registered seat in Warszawa, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa in order to make it available for my child/ward\* to benefit from medical services covered by the prime agreement concluded on 20 December 2021 between the Jagiellonian University and PZU S.A., under the agreement concerning processing of personal data and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) and the act on personal data protection of 10 May 2018*

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.

*I accept that PZU S.A. will be controller of personal data of my child/ward\* after disclosure of personal data of my child/ward\* by the JU to PZU S.A.*

 …………………………………………………………………….

data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\* / *date, legible signature of parent/legal guardian\**

**Klauzula informacyjna / *Information clause***

(dotyczy dziecka poniżej 16 r.ż. przystępujących do pakietów medycznych / *refers to a child under 16 y.o. joining medical care package*)

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: /

*In accordance with Article 13 of the and Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) we inform you that:*

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. /

*Jagiellonian University, ul. Gołębia 24, 31-007 Kraków, represented by the Rector is the controller of your personal data/personal data of your ward/child\* if they were indicated in the motion.*

1. 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. /

*Jagiellonian University appointed Data Protection Officer. You may contact the Officer via e-mail: iod@uj.edu.pl, phone no. 12 663 12 25 or directly at ul. Czapskich 4, 31-110 Kraków room 27.*

1. 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.) /

*Your personal data/personal data of your ward/child\* will be processed in order to make it possible to benefit from medical services by disclosing your personal data/personal data of your ward/child\* provided in the motion for joining employee medical care packages to PZU Zdrowie Spólka Akcyjna with its registered seat in Warszawa, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa (hereinafter referred to as PZU S.A.).*

1. 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. /

*The basis for disclosing your personal data/personal data of your ward/child\* to PZU S.A. is Article 6 (1) (a) of GDPR, i.e. your consent.*

1. 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. /

*After disclosing your personal data/personal data of your ward/child\* to PZU S.A., the JU ceases to act as controller of your personal data/ personal data of your ward/child\*. The controller of personal data disclosed under your consent shall be PZU S.A.*

1. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych. /

*Personal data shall not be transferred to third countries or international organisations.*

1. 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. /

*Your personal data/personal data of your ward/child\* will be stored no longer than it is indispensable for performance of medical services to which you/ward/child\* are entitled upon joining medical care packages or till the moment of withdrawing your consent for data disclosure. Withdrawal of consent for disclosure shall result in lack of possibility of transferring data to PZU S.A. and benefitting from medical care packages.*

1. 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. /

*You have the right to: acquire information regarding personal data processing and your rights under GDPR, access to your data and its rectification, as well as the right to erase personal data from controller’s collection (unless further processing is necessary for performance of legal obligation or in order to determine, establish or protect claims), as well the right to limit data processing, data portability, to object against processing – in cases and under conditions determined by GDPR.*

1. 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. /

*In the case of determining that processing of your personal data/personal data of your ward/child\* violates the GDPR you have the right to file a complaint with the President of Personal Data Protection Office.*

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do objęcia pakietem medycznym. /

*Personal data providing is voluntary however it is indispensable in order to be covered by medical care package.*

1. Dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji ani nie będą służyć do profilowania. /

*Personal data neither shall be used to automated decisions making, nor shall be used for profiling.*

 …………………………………………………………………….

 data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\* / *date, legible signature of parent/legal guardian\**

\*niepotrzebne skreślić / *delete as applicable*

1. Deklaracja złożona do 20 dnia danego miesiąca upoważnia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach pakietów medycznych od miesiąca następnego / *Declaration filed till 20th day of a given month entitles to benefit from health care services under medical care packages from the following month* [↑](#footnote-ref-1)
2. Dziecko pracownika, dziecko jego małżonka lub partnera / *Child of an employee, their spouse or partner* [↑](#footnote-ref-2)
3. Pole nieobowiązkowe / *Optional field* [↑](#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. / *The amount depends on the total number of persons (employees and relatives) benefiting from medical care packages – in accordance with provisions of the prime agreement concluded on 20 December 2021 between the JU and PZU S.A.* [↑](#footnote-ref-4)