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

***DECLARATION OF JOINING THE AGREEMENT FOR HEALTH CARE SERVICES WITHIN MEDICAL CARE PACKAGES1***

***refers to partner/spouse/child over 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:***

współmałżonek/partner /

*spouse/partner*

dziecko powyżej 16 r.ż.2 /

*child over 16 y.o.*

Nazwisko i imię / *name and surname ……………………………………………………………………………………………………*

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.* ........................................................................ adres e-mail: / *e-mail address* .................................................................................

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) [[3]](#footnote-3)

***PLN 39,90 – 57,75*** *(as regards basic package)3*

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

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

***STATEMENT OF PARTNER/SPOUSE/CHILD (over 16 y.o.)***

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

(dotyczy partnera/współmałżonka/dziecka powyżej 16 r.ż. przystępującego do pakietów medycznych / *concerns partner/spouse/child over 16 y.o. joining medical care packages*)

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. /

*with reference to notifying me by partner/spouse/legal guardian/parent to employee medical care packages I agree for disclosure of my personal data 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 me 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 przez UJ do PZU S.A. administratorem moich danych osobowych będzie PZU S.A. / *I accept that PZU S.A. will be my personal data controller after disclosure of my personal data by the JU to PZU S.A.*

………………………………………………………………….

data, czytelny podpis osoby przystępującej / *date and legible signature of the joining person*

**Klauzula informacyjna / *Information clause***

(dotyczy partnera/współmałżonka/dziecka powyżej 16 r.ż. przystępującego do pakietów medycznych / *refers to partner/spouse/ child over 16 y.o. joining medical care packages*)

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: /

*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 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.*
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. / *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.*
3. Pani/Pana dane osobowe pozyskane zostały od Pani/Pana współmałżonka/partnera/rodzica/opiekuna prawnego\* w zakresie imię, nazwisko, PESEL, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania. /

*Your personal data were acquired from your spouse/partner/parent/legal guardian\* as regards name, surname, PESEL, degree of relatedness, place of residence.*

1. 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.) /

*Your personal data will be processed in order to make it possible to benefit from medical services by disclosing your personal data 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 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 to PZU S.A. is Article 6 (1) (a) of GDPR, i.e. your consent.*

1. 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. /

*After disclosing your personal data to PZU S.A., the JU ceases to act as controller of your personal data. 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 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. /

*Your personal data will be stored no longer than it is indispensable for performance of medical services to which you 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 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 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 osoby przystępującej / *date, legible signature of the joining person*

\*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 – w wieku do ukończenia 26 r. ż., a bez ograniczenia wieku w przypadku dziecka z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. / *Child of an employee, their spouse or partner – till 26 y.o., and with no limitations ij the case of a child with declared level of disability.*  [↑](#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. / *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-3)