

**FORMULARZ DANYCH DO DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA  
DO PROGRAMU GRUPOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ W PZU ŻYCIE S.A.**

**zwrot do dnia 06.12.2024r.**

**UBEZPIECZONY PODSTAWOWY PRACOWNIK:**

Imię Nazwisko.....  
Data i miejsce urodzenia.....  
PESEL.....  
Telefon..... Adres e-mail.....  
Adres zamieszkania (ul, kod pocztowy, miejscowość).....

Zaznacz swój wybór wstawiając X przy składce miesięcznej

OPIEKA MEDYCZNA	Indywidualny	Partnerski	Rodzinny
Zakres Standard I	15,20 zł <input type="checkbox"/>	30,15 zł <input type="checkbox"/>	45,10 zł <input type="checkbox"/>
Zakres Standard II	60,90 zł <input type="checkbox"/>	121,55 zł <input type="checkbox"/>	182,20 zł <input type="checkbox"/>
Zakres Komfort III	125,90 zł <input type="checkbox"/>	251,55 zł <input type="checkbox"/>	377,20 zł <input type="checkbox"/>
Zakres Komfort Plus IV	228,50 zł <input type="checkbox"/>	456,75 zł <input type="checkbox"/>	685,00 zł <input type="checkbox"/>

**WSPÓŁUBEZPIECZENI** (dotyczy pakietów partnerskich i rodzinnych)–  
wpisz członków rodziny jeżeli chcesz, aby mogli korzystać z ubezpieczenia **OPIEKA MEDYCZNA**  
**dotyczy zakres Standard I, Standard II, Komfort III, Komfort Plus IV**

	Dane współubezpieczonego	Dane współubezpieczonego	Dane współubezpieczonego	Dane współubezpieczonego
Nazwisko				
Imię				
Stopień pokrewieństwa				
Data urodzenia				
Miejsce urodzenia				
PESEL				
Adres do korespondencji				

**Na podstawie wybranych wariantów otrzymają Państwo deklaracje przystąpienia do podpisania.**

1. Wyrażam zgodę na potrącanie w systemie miesięcznym z przysługującego mi wynagrodzenia za pracę składki z tytułu umowy grupowej opieki medycznej w PZU Życie S.A. w wysokości, jaka została przeze mnie wskazana powyżej
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych Pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu dostępnej na stronie internetowej Uniwersytetu <https://www.umw.edu.pl/pl/informacja-dot-przetwarzania-danych-osobowych-pracownikow-umw-i-osob-zatrudnionych-na-podstawie>

-----  
Data i czytelny podpis Pracownika