

OŚWIADCZENIE o przystąpieniu do Opieki Medycznej POLMED POLICJA 2022

Oświadczam, że przystępuję do programu prywatnej **Opieki Medycznej POLMED -POLICJA 2022 dla Funkcjonariuszy /Pracowników Garnizonu Małopolskiej Policji** (Członków Klubu KDB POMOC) od dnia _____, początek odpowiedzialności Opieki Medycznej POLMED-**pierwszy dzień następnego miesiąca**. Zobowiązuję się do opłaty comiesięcznej składki za Opiekę Medyczną/**potrącenie z wynagrodzenia netto**. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powstania jednomiesięcznej zaległości/ przerwy w opłacie składek, obowiązywać będzie mnie oraz osoby objęte OM w ramach Pakietu partnerskiego oraz rodzinnego - 12 miesięczna karencja.

CZAS TRWANIA UMOWY WG. OWU oferowanych przez POLMED Spółka Akcyjna z siedzibą w Starogardzie Gdańskim

§ 1

- Umowa zostaje zawarta **na rok, przez co rozumie się okres pełnych dwunastu miesięcy kalendarzowych** następujących po dniu zawarcia Umowy.
- Mocą niniejszego postanowienia, po upływie każdego roku jej obowiązywania, Umowa ulega przedłużeniu na czas nieokreślony, o ile żadna ze Stron, najpóźniej na 14 dni przed dniem, w którym upływa każdy pełny roczny czas jej obowiązywania, nie złoży oświadczenia o tym, iż nie życzy sobie przedłużenia Umowy. Po takim przedłużeniu Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze Stron z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.

a) **Wybieram Pakiet INDYWIDUALNY** (nazwa w Ulotce) _____ **SKŁADKA** _____

1. **Główny ubezpieczony** _____

(Imię i nazwisko)

(PESEL)

(adres zamieszkania)

(adres do korespondencji)

(telefon kontaktowy)

(adres e-mail)

(czytelny podpis funkcjonariusza/pracownika)

b) **Wybieram Pakiet Partnerski** (nazwa w Ulotce) _____ **składka** _____

c) **Wybieram Pakiet RODZINNY** (nazwa w Ulotce) _____ **składka** _____

Wraz ze mną do programu Opieki Medycznej w pakiecie **Partnerskim lub Rodzinnym** przystępują (członkowie rodziny w kolumnie trzeciej należy wstawić właściwą literę **M-małżonek, PŻ-partner życiowy, D-dziecko do 25 r. ż**) :

Lp.	Imię i nazwisko małżonka/partnera/dziecka (opisać M, P lub D)	M, PŻ, D	Pesel	Adres zamieszkania /do korespondencji	Telefon,adres e-mail
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KDB Sp. z o.o 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) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.l nr 119, str. 1) – dalej „RODO” w celu realizacji umowy oraz przedstawienia promocyjnych ofert Opieki Medycznej. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy Opieki Medycznej jest KDB Sp. z o.o z siedzibą ul Św. Sebastiana 16/102 ;31-049 Kraków ; NIP 6793148082.

2.Oświadczam, że przystępuję do Klubu KDB POMOC (dalej Klub) na warunkach określonych w Regulaminie Klubu na stronie www.kdbpomoc.pl, z którym się zapoznałem i go akceptuję.

3.Oświadczam, że zapoznałam/em się z OWU o Świadczenia Medyczne oferowane przez POLMED Spółka Akcyjna z siedzibą w Starogardzie Gdańskim na stronie www.kdbpomoc.pl

(data i podpis czytelny funkcjonariusza/pracownika przystępujących do OM)