

# DEKLARACJA - OPIEKA MEDYCZNA LUX MED

WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

Jednostka KAS: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Numer PESEL pracownika: \_\_\_\_\_  
(w przypadku braku PESEL – data urodzenia)

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_  
(ulica, nr domu, lokalu, kod)

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia opieki: \_\_\_\_\_ Główna miejscowość opieki: \_\_\_\_\_

Jeśli CHCESZ przystąpić do opieki medycznej w LUX MED: zaznacz pakiet medyczny wybrany przez Ciebie zaznaczając „X”

Pakiet Zdrowotny	TYP INDYWIDUALNY Pracownik/Członek ZZ Celnicy PL	Wybór (X)	TYP PARTNERSKI (Pracownik + współmałżonek/ partner/ dziecko do 26 r.ż.)	Wybór (X)	TYP RODZINNY (Pracownik + współmałżonek/ partner oraz wszystkie dzieci do ukończenia 26 r.ż.)	Wybór (X)
STANDARDOWY	110,25 zł		220,50 zł		364,56 zł	
ROZSZERZONY	210,21 zł		420,42 zł		662,97 zł	
KOMPLEKSOWY	289,59 zł		579,18 zł		880,53 zł	
PREMIUM	474,50 zł		949,00 zł		1 469,00 zł	
MOI BLISCY ROZSZERZONY	249,00 zł		-		-	
PAKIET RODZIC STANDARDOWY	197,00 zł		W przypadku chęci objęcia pakietem obydwójga rodziców prosimy o zaznaczenie „2x”			
PAKIET RODZIC ROZSZERZONY	363,00 zł					

Jeśli wybrałeś pakiet partnerski lub rodzinny wpisz poniżej dane Partnera<sup>1</sup> lub Członków Rodziny<sup>2</sup> i określ pokrewieństwo (Małżonek albo Partner, Dziecko)

<sup>1</sup> Partner: małżonek bądź partner albo dziecko własne Pracownika, współmałżonka pracownika albo jego partnera życiowego a także dzieci przez nich przysposobione, od pierwszego dnia życia, a które w dniu przystąpienia do Umowy nie ukończyły 18 r.ż. a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły lub szkoły wyższej w rozumieniu przepisów wskazanych w OWU – nie ukończyły 26 r.ż..

<sup>2</sup> Członkowie rodziny: małżonek bądź partner oraz dziecko/ dzieci

Imię i nazwisko:				
PESEL:				
Adres zamieszkania:				
Telefon komórkowy:				
Pokrewieństwo:				

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z warunkami korzystania z prywatnej opieki medycznej. Wyrażam chęć korzystania z ww. opieki medycznej na proponowanych warunkach. Deklarując chęć korzystania z ww. opieki medycznej przyjmuję do wiadomości, że jestem zobowiązany utrzymywać pakiet przez okres co najmniej 12 kolejnych m-cy licząc od daty uruchomienia pakietu. Wyjątkiem są następujące zdarzenia: koniec zatrudnienia u pracodawcy, zmiana pakietu indywidualnego na pakiet partnerski lub pakiet rodzinny, zmiana pakietu partnerskiego na pakiet rodzinny, zgoda LUX MED Sp. z o.o. Rezygnacja z pakietu partnerskiego lub rodzinnego możliwa jest, jeśli członek/ członkowie rodziny uzyskał/-li w innej firmie uprawnienie do korzystania z podobnego zakresu świadczeń zdrowotnych lub za zgodą LUX MED Sp. z o.o. (np. wskutek zmiany sytuacji rodzinnej pracownika).

-----  
Data i Czytelny Podpis Przystępującego

