

**DEKLARACJA - OPIEKA MEDYCZNA LUX MED**

**Wypełnij drukowanymi literami**

Jednostka KAS/MF:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:   
*(w przypadku braku PESEL – data urodzenia)*

Adres zamieszkania: .....  
*(ulica, nr domu, lokalu, kod)*

Adres e-mail:

Telefon komórkowy:

Data rozpoczęcia opieki: ...../...../..... r. Główna miejscowość opieki: .....

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

Pakiet Zdrowotny	TYP INDYWIDUALNY		TYP PARTNERSKI		TYP RODZINNY	
	Funkcjonariusz/ Pracownik KAS	Wybór (X)	Funkcjonariusz/Pracownik + współmałżonek/ partner/ dziecko do 26 r.ż.	Wybór (X)	Funkcjonariusz/Pracownik + współmałżonek/ partner oraz wszystkie dzieci do ukończenia 26 r.ż.	Wybór (X)
PODSTAWOWY	53,80 zł		107,60 zł		161,40 zł	
ROZSZERZONY	97,70 zł		195,40 zł		293,10 zł	
NOWY COMFORT	130,70 zł		261,40 zł		282,20 zł	
NOWY COMFORT PLUS	174,60 zł		349,20 zł		523,80 zł	
NOWY COMFORT - MOI BLISCY	130,70 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 ukończyło 18 r.ż. a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły lub szkoły wyższej w rozumieniu przepisów wskazanych w OWU – nie ukończyło 26 r.ż..  
<sup>2</sup> Członkowie rodziny: małżonek bądź partner oraz dziecko/ dzieci

**Jeśli wybrałeś pakiet partnerski/rodzinny wpisz dane członków swojej rodziny**

Imię i nazwisko:	PESEL a w przypadku braku – data urodzenia:	Adres zamieszkania (jeśli inny niż pracownika):	Główna miejscowość opieki	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**

Deklarację należy odesłać w pierwszej kolejności w formie skanu na adres [ubezpiezeniakas@wdbsa.pl](mailto:ubezpiezeniakas@wdbsa.pl) a następnie oryginał na adres biura:

WDB S.A. ul. Migdałowa 4 lok.28, 02-796 Warszawa.

Po otrzymaniu skanu zostanie Państwu przesłany indywidualny numer rachunku bankowego do opłaty składek.

Osoby korzystające z potrącenia składki z wynagrodzenia w Izbie skan druku wysyłają na adres wskazany powyżej, zaś dodatkowo zobowiązane są do kontaktu z osobą obsługującą w Izbie celem zadeklarowania wysokości potrącenia.

**Informacje dodatkowe:**

Pakiet Indywidualny – funkcjonariusz/pracownik do 70 r.ż.

Pakiet Partnerski – funkcjonariusz/pracownik oraz małżonek/partner do 70 r.ż. lub dziecko do 26 r.ż.

Pakiet Rodzinny – funkcjonariusz/pracownik, małżonek/partner do 70 r.ż. oraz wszystkie dzieci do ukończenia 26 r.ż. bez względu na liczbę).

Pakiet Moi Bliscy – dedykowany wszystkim bliskim każdego funkcjonariusza/pracownika bez żadnych ograniczeń osobowych (rodzina **np. dziecko powyżej 26 roku życia i inni bliscy**, którzy nie ukończyli 70 r.)

**Członek rodziny może zostać zgłoszony wyłącznie do tego samego pakietu, do którego przystąpił pracownik.**

**Pakiety dostępne są również dla członków ZZ Celnicy PL (byłych funkcjonariuszy i pracowników w KAS).**

Kwota abonamentu będzie waloryzowana raz w roku (1 lutego) o wskaźnik wynikający z wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych opublikowany przez GUS.

Świadczenia w zakresie Benefitplanów będą wykonywane w placówkach Medycyny Rodzinnej, w ogólnodostępnych placówkach LUX MED oraz sieci placówek współpracujących wskazanych na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl)

Świadczenia, które nie wchodzą w zakres Benefitplanu, a są wykonywane w placówkach własnych LUX MED. Mogą być wykonane za dodatkową odpłatnością z zastosowaniem 10% rabatu od obowiązującego cennika.

**Program Opieki Medycznej w LUX MED** zapewnia Państwu również możliwość refundacji. Refundacja obejmuje 70% kosztów za świadczenie wykonane poza placówkami Grupy Lux Med i współpracującymi. Limit to 500 zł kwartalnie, kwartały liczone są kalendarzowo tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień.

Minimalny okres korzystania z pakietu wynosi 12 miesięcy. Przed przystąpieniem do abonamentu należy sprawdzić dostępność placówek w swojej miejscowości oraz zapoznać się z zakresem abonamentu.

W razie rezygnacji funkcjonariusza/pracownika KAS ponowne przystąpienie jest możliwe po 12 miesiącach.

Wykreślenie członka rodziny z osób uprawnionych wyklucza możliwość ponownego objęcia pakietem medycznym w ramach umowy chyba, że firma LUX MED wyrazi na to zgodę.

Zmiany osób objętych pakietem oraz zmiany danych należy przekazać w formie elektronicznej na adres [ubezpiezeniakas@wdbsa.pl](mailto:ubezpiezeniakas@wdbsa.pl)

Zmiany mogą być uwzględnione dopiero od kolejnego miesiąca po zgłoszeniu.

**Wszystkie dodatkowe pytania i wątpliwości możecie Państwo kierować bezpośrednio do Brokera Ubezpieczeniowego:**

WDB S.A. : ul. Migdałowa 4 lok. 28 , 02-796 Warszawa, Natpoll Business Center, Klatka C, 2 piętro  
Tel.: 22 628 46 41, Tel. kom.: 885 390 800, e-mail: [ubezpiezeniakas@wdbsa.pl](mailto:ubezpiezeniakas@wdbsa.pl)