

Instrukcja wypełniania Formularza zgłoszenia do umowy Abonamentu Medycznego dla pracowników Alior Bank SA i członków ich rodzin



ZDROWIE

Przeglądarka internetowa

W celu wypełnienia formularza skorzystaj z poniższych przeglądarek:



- ✓ Internet Explorer 11+ z wyłączonym widokiem zgodności (wejdź w: Narzędzia -> Ustawienia widoku zgodności, odznacz: *Wyświetlaj strony intranetu w widoku zgodności*);
- ✓ Firefox 43+;
- ✓ Chrome 47+;
- ✓ Opera 12.1+;
- ✓ Microsoft Edge 12.1+.

Wybierz odpowiedni formularz

Wybierz odpowiedni dla Ciebie formularz, który znajduje się na dole strony wejściowej (www.pzu.pl/opieka-medyczna-alior).

Formularz zgłoszenia dla pracownika Alior Bank SA

WYPEŁNIJ FORMULARZ

1

Formularz zgłoszenia dla członka rodziny pracownika Alior Bank SA

WYPEŁNIJ FORMULARZ

2

Formularz zgłoszenia dla członka rodziny bez zdolności do czynności prawnych (dla dzieci pracownika Alior Bank SA do 18 roku życia lub innego członka rodziny bez zdolności do czynności prawnych)

WYPEŁNIJ FORMULARZ

3

Formularz 1 - jeśli jesteś Pracownikiem Banku.

Formularz 2 - jeśli jesteś Członkiem rodziny Pracownika Banku (małżonkiem, partnerem życiowym, pełnoletnim dzieckiem, rodzicem, teściem lub dziadkiem pracownika).

Formularz 3 - jeśli jesteś rodzicem lub opiekunem prawnym Członka rodziny Pracownika Banku (niepełnoletniego dziecka lub osoby dorosłej bez zdolności do czynności prawnych).

Wypełnianie formularza zgłoszenia - zalecenia ogólne

Elektroniczny formularz zgłoszenia do umowy abonamentu zawiera zestaw pól i list wyboru niezbędnych do zarejestrowania przystąpienia do umowy Abonamentu Medycznego.

Wymagalność wypełnienia:

Większość pól to pola obowiązkowe oznaczone „*” (gwiazdką).

Jeśli nie wypełnisz pola wymaganego wyświetli się stosowny komunikat – przykład poniżej:



Numer domu *

Nr domu

Proszę wypełnić to pole

Weryfikacje formatu danych i limitów wypełnienia

Poza wymagalnością, pola mają narzucone:

- ✓ Reguły weryfikacyjne formatu wprowadzanych danych
(Przykład - w polu kod pocztowy jest wymagalność wprowadzenia wartości w formacie „00-000”)
- ✓ Weryfikację limitu długości danych wprowadzanych w pole

Nieprowny format lub przekroczenie limitu sygnalizowane jest odpowiednim komunikatem.

Przykład komunikatu o niewłaściwym formacie danych:

Kod pocztowy *

412666

Wymagany format Kodu pocztowego 00-000

Dodatkowe właściwości pól

W polach „Imię” i „Nazwisko” automatycznie litery zamieniane są na DUŻE.

Pola „Numer umowy abonamentu medycznego” oraz „Zakres” są polami nieedytowalnymi wypełnianymi automatycznie na podstawie wyboru pakietu.

Pole Captcha – kod bezpieczeństwa – wymaga przepisania wyświetlonych liter i cyfr zgodnie z kolejnością wyświetlenia. Błędne wpisanie kodu bezpieczeństwa uniemożliwia wysłanie formularza.

jam h3hYN

Wpisz podany kod bezpieczeństwa: *

Zgodność danych wprowadzanych w różne pola



Formularz nie posiada weryfikacji zgodności danych pomiędzy poszczególnymi polami. Ten typ weryfikacji będzie przeprowadzony po wysłaniu i zapisaniu danych z formularzy.

Jeśli przy weryfikacji podsumowania Twojego zgłoszenia, które otrzymasz na maila po wysłaniu formularza, zauważysz błąd w podanych przez Ciebie danych, wybierz ponownie formularz, uzupełnij go poprawnymi danymi i wyślij.

Jako obowiązujące będą dane z ostatniego wypełnionego przez Ciebie formularza.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DLA PRACOWNIKA BANKU

Numer Kadrowy Pracownika

Przystępując do wypełniania formularza musisz znać swój numer kadrowy pracownika Banku.

Jeśli planujesz objąć abonamentem członków swojej rodziny, pamiętaj przekazać im ten numer oraz swoje dane osobowe (imię, nazwisko, PESEL i datę urodzenia). Są one wymagane podczas wypełniania Formularza zgłoszenia dla Członka rodziny. Dodatkowo, **najbliższym członkom rodziny** (współmałżonkowi/partnerowi życiowemu oraz dziecku do 26 roku życia) przekazać informację o **wybranym przez Ciebie Pakiecie**. Podczas wypełniania formularza przeznaczonego dla Członka Rodziny muszą wskazać ten sam pakiet, który wybrałeś podczas wypełniania swojego zgłoszenia, jako Pracownik.

Sekcja Dane osoby przystępującej do umowy abonamentu medycznego

Formularz przyjęcia zgłoszenia do umowy Abonamentu Medycznego dla pracownika Alior Banku

Data wypełnienia formularza:

2020.02.14 03:11:36

Dane pracownika Banku przystępującego do umowy abonamentu medycznego

Numer kadrowy pracownika *



Imię *

Nazwisko *

Płeć *



Obywatelstwo *

Polskie





Data Urodzenia *




PESEL *

Uzupełnij swoje dane w formularzu.

Najeżdżając kursorem na symbol  rozwiniesz komunikat dodatkowy dotyczący pola.

Na polach oznaczonych symbolem  wybierz odpowiednie określenie z listy, np.:

Płeć *


wybierz... 

- wybierz...
- Mężczyzna
- Kobieta


Jeśli jesteś osobą posiadającą obywatelstwo polskie, zostaniesz poproszona/-y o uzupełnienie daty urodzenia i numeru PESEL.

Jeśli jesteś osobą nieposiadającą polskiego obywatelstwa wymagana będzie tylko data urodzenia.

Obywatelstwo *

Inne 

- Polskie
- Inne

Data Urodzenia * 

Uzupełnij swój adres oraz dane kontaktowe. Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, ponieważ na ten adres przesłany zostanie plik z uzupełnionym formularzem.

Adres korespondencyjny/dane kontaktowe

Ulica	Numer domu *	Numer mieszkania
Kod pocztowy *	Miejscowość *	
Adres e-mail *	Telefon komórkowy	

Na wskazany adres e-mail zostanie wysłany PDF formularza zgłoszenia, jednocześnie podany adres będzie wykorzystywany do wysłania korespondencji związanej z realizacją umowy.

Otrzymany PDF nie jest potwierdzeniem aktywacji pakietu.

Następnie wybierz odpowiedni rodzaj pakietu.

Pamiętaj, przekaz informację o wybranym przez Ciebie pakiecie najbliższym członkom rodziny, którzy będą wypełniać formularz zgłoszenia. Pakiety wybrane przez Ciebie i członków najbliższej rodziny muszą być zgodne.

Pakiety (do wyboru)	Liczba członków najbliższej rodziny: Współmałżonek, Partner życiowy, Dzieci do 26 r.ż.	Liczba członków rodziny: Dzieci powyżej 26 r.ż., Rodzice, Teściowie, Dziadkowie Pracownika (<u>abonament nie obejmuje dziadków współmałżonka/ partnera życiowego</u>)
INDYWIDUALNY	0	Dowolna
PARTNERSKI – pracownik i 1 członek rodziny	1	Dowolna
RODZINNY – pracownik i członkowie rodziny	2 i więcej	Dowolna

Dane umowy abonamentowej

Wybór pakietu

- Wybierz pakiet „INDYWIDUALNY” jeśli nie zamierzasz objąć umową abonamentową żadnego członka najbliższej rodziny,
- Wybierz pakiet „PARTNERSKI” (1+1) jeśli zamierzasz objąć umową abonamentową 1 członka najbliższej rodziny (partnera życiowego lub współmałżonka lub 1 dziecko do 26 r.ż.),
- Wybierz pakiet „RODZINNY” (1+2 i więcej) jeśli zamierzasz objąć umową abonamentową 2 i więcej członków najbliższej rodziny (współmałżonka/partnera życiowego oraz dzieci do 26 r.ż.)

Mój pakiet *

Nr umowy abonamentu medycznego Zakres

Mój pakiet *
wybierz...

wybierz...
Indywidualny
Partnerski
Rodzinny

Po wybraniu pakietu, automatycznie zostaną uzupełnione pola dotyczące numeru umowy oraz zakresu.

Mój pakiet *
Rodzinny

Nr umowy abonamentu medycznego Zakres
000000896 **OPTIMUM**

Zapoznaj się ze zgodami oraz oświadczeniami zawartymi w formularzu. Uzpełnienie tych pól jest wymagane do realizacji umowy.

Klauzule i oświadczenia

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ

- *Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych wskazanych powyżej, spółce Alior Bank SA z siedzibą w Warszawie (zwanej dalej „Firmą”) oraz spółce PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie (zwanej dalej „PZU Zdrowie”) w celu udzielania mi świadczeń zdrowotnych w ramach umowy abonamentu medycznego zawartej pomiędzy Firmą a PZU Zdrowie na warunkach wskazanych w tej umowie,
- *Potwierdzam, że wiadome mi jest, że z chwilą udostępnienia moich danych osobowych Firmie oraz PZU Zdrowie moje dane osobowe będą przetwarzane na zasadach określonych w zamieszczonej poniżej klauzuli informacyjnej.
- *Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z umową abonamentu medycznego zawartą pomiędzy Firmą a PZU Zdrowie, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem ww. środków komunikacji elektronicznej.

*) zgody są dobrowolne, ale niezbędne do realizacji umowy

- *Oświadczam, że podane w formularzu dane są prawdziwe i aktualne. Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- *Zapoznałem się i akceptuję [Regulamin](#)
- *Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dokumencie [Klauzula informacyjna](#)

Zatwierdź wypełnienie zgłoszenia wpisując kod bezpieczeństwa z obrazka, a następnie kliknij „wyślij”.



Wpisz podany kod bezpieczeństwa: *

[Odśwież](#)

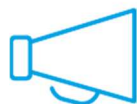
WYŚLIJ

W terminie do 24 godzin, z adresu biuletyn@mailing.pzu.pl, na wskazany w formularzu adres e-mail otrzymasz wiadomość z załącznikami: Formularzem zgłoszenia, Regulaminem korzystania z elektronicznego formularza oraz w przypadku, gdy wypełniasz formularz pracownika, „Zgodę na potrącenie z wynagrodzenia” przygotowaną przez Twojego Pracodawcę.

Zgodnie z instrukcją zawartą w przesłanej wiadomości zweryfikuj dane z formularza oraz uzupełnij „Zgodę na potrącenie z wynagrodzenia” przygotowaną przez Twojego pracodawcę i wyślij ją na wskazany adres.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA BANKU

przeznaczony dla pełnoletnich członków rodziny



Ze względu na oświadczenia i zgody występując w formularzu, **każda osoba** wypełnia formularz zgłoszenia **we własnym imieniu**.

Do poprawnego wypełnienia formularza będziesz potrzebował **danych Pracownika Banku**, który jest płatnikiem składki za Ciebie: **Imię, Nazwisko, PESEL, data urodzenia i Numer Kadrowy Pracownika w Banku**. Dane te są wymagane podczas wypełniania formularza zgłoszenia.

Formularz przyjęcia zgłoszenia do umowy Abonamentu Medycznego dla członka rodziny pracownika Alior Banku

osoba posiadająca zdolność do czynności prawnych

Data wypełnienia formularza

2020.02.14 03:25:12

Dane Członka Rodziny pracownika Banku przystępującego do umowy abonamentu medycznego

Stopień pokrewieństwa *

Imię *

Nazwisko *

Płeć *

Obywatelstwo *

Polskie

Data Urodzenia *

PESEL *

W pierwszym kroku określ stopień pokrewieństwa z pracownikiem Banku - wybór wg listy:

Stopień pokrewieństwa *
wybierz...
wybierz...
Mąż/Żona/Partner Życiowy
Dziecko do 26 r.ż.
Dziecko powyżej 26 r.ż.
Rodzic/Teść/Babcia/Dziadek

Następnie uzupełnij swoimi danymi pozostałe pola.

W kolejnym kroku uzupełnij swój adres oraz dane kontaktowe. Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, ponieważ na ten adres przesłane zostanie plik z uzupełnionym formularzem.

Adres korespondencyjny/dane kontaktowe

Ulica	Numer domu *	Numer mieszkania
Kod pocztowy *	Miejscowość *	
Adres e-mail *	Telefon komórkowy	

Na wskazany adres e-mail zostanie wysłany PDF formularza zgłoszenia, jednocześnie podany adres będzie wykorzystywany do wysyłania korespondencji związanej z realizacją umowy.

Otrzymany PDF nie jest potwierdzeniem aktywacji pakietu.

Podobnie jak pracownik, wybierz rodzaj pakietu zgodnie z opisem.

Jeśli w polu *Stopień pokrewieństwa* wybrałaś/-eś Mąż/Żona/Partner Życiowy lub Dziecko do 26 r.ż. to musisz wybrać ten sam pakiet, który wskazał na swoim zgłoszeniu Pracownik – Płatnik składki za Ciebie.

Do wyboru są 2 pakiety:

PARTNERSKI – jeśli przystępujesz tylko Ty i Pracownik

RODZINNY – jeśli poza Tobą i Pracownikiem będą przystępować inni członkowie najbliższej rodziny spośród wyżej wymienionych.

Dane umowy abonentowej

Wybierz pakiet zgodny z wyborem pakietu przez pracownika

- Wybierz pakiet „PARTNERSKI” (1+1) jeśli umową abonentową ma być objęty pracownik + partner życiowy lub współmałżonek lub 1 dziecko do 26 r.ż.,
- Wybierz pakiet „RODZINNY” (1+2 i więcej) jeśli umową abonentową ma być objęty pracownik + współmałżonek/partner życiowy oraz dzieci do 26 r.ż.

Mój pakiet *

wybierz...



wybierz...

Partnerski

Rodzinny

Nr umowy abonentu medycznego

Zakres

Jeśli w polu *Stopień pokrewieństwa* wybrałaś/-eś „Rodzic/Teść/Babcia/Dziadek” odpowiednim pakietem będzie SENIOR.

Mój pakiet *

wybierz...



wybierz...

SENIOR

Nr umowy abonentu medycznego

Zakres

Mój pakiet *

SENIOR



Nr umowy abonentu medycznego

000000896

Zakres

KOMFORT SENIOR

Jeśli w polu *Stopień pokrewieństwa* wybrałaś/-eś „Dziecko powyżej 26r.ż.” odpowiednim pakietem będzie Dziecko 26+.

Mój pakiet *

Dziecko 26+



Nr umowy abonentu medycznego

000000896




Zakres

OPTIMUM

Uzupełnij dane pracownika Banku, z którego wynagrodzenia będzie pobierana opłata za Twoje przystąpienie.




Jeśli pracownik Banku, z którego wynagrodzenia będzie pobierana opłata z tytułu umowy, posiada obywatelstwo polskie, zostaniesz poproszony o uzupełnienie jej/jego daty urodzenia i numeru PESEL.

Dane PŁATNIKA – pracownika Banku finansującego przystąpienie członka rodziny

Numer kadrowy pracownika *		Obywatelstwo *	POLSKIE 
Imię *		Nazwisko *	
PESEL *		Data Urodzenia *	

Jeśli pracownik Banku, z którego wynagrodzenia będzie pobierana opłata z tytułu umowy, nie posiada polskiego obywatelstwa wymagana będzie tylko jej/jego data urodzenia.

Dane PŁATNIKA – pracownika Banku finansującego przystąpienie członka rodziny

Numer kadrowy pracownika *		Obywatelstwo *	INNE 
Imię *		Nazwisko *	
Data Urodzenia *			

Wypełnij sekcję klauzul i oświadczeń

Klauzule i oświadczenia

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ

- *Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych wskazanych powyżej, spółce Alior Bank SA z siedzibą w Warszawie (zwanej dalej „Firmą”) oraz spółce PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie (zwanej dalej „PZU Zdrowie”) w celu udzielania mi świadczeń zdrowotnych w ramach umowy abonamentu medycznego zawartej pomiędzy Firmą a PZU Zdrowie na warunkach wskazanych w tej umowie,
- *Potwierdzam, że wiadome mi jest, że z chwilą udostępnienia moich danych osobowych Firmie oraz PZU Zdrowie moje dane osobowe będą przetwarzane na zasadach określonych w zamieszczonej poniżej klauzuli informacyjnej.
- *Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z umową abonamentu medycznego zawartą pomiędzy Firmą a PZU Zdrowie, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem ww. środków komunikacji elektronicznej.

*J) zgody są dobrowolne, ale niezbędne do realizacji umowy

- *Oświadczam, że podane w formularzu dane są prawdziwe i aktualne. Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- *Zapoznałem się i akceptuję [Regulamin](#)
- *Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dokumencie [Klauzula informacyjna](#)

Zatwierdź wypełnienie zgłoszenia wpisując kod bezpieczeństwa z obrazka, a następnie kliknij „wyślij”.



Wpisz podany kod bezpieczeństwa: *

[Odśwież](#)

WYŚLIJ

W terminie do 24 godzin, z adresu biuletyn@mailing.pzu.pl, na wskazany w formularzu adres e-mail otrzymasz wiadomość z załącznikami: Formularzem zgłoszenia, Regulaminem korzystania z elektronicznego formularza.

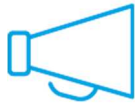
Zgodnie z instrukcją zawartą w przesłanej wiadomości zweryfikuj dane z formularza.

Jeśli spostrzeżesz błąd, ponownie wypełnij i wyślij formularz uzupełniając go poprawnymi danymi.

Wypełniony i wysłany formularz zastąpi w całości poprzedni. Jako obowiązujące będą brane pod uwagę dane z ostatnio wypełnionego i wysłanego formularza.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA CZŁONKA RODZINY

niepełnoletnie dziecko lub osoba dorosła bez zdolności do czynności prawnych



Za niepełnoletnie dziecko lub osobę bez zdolności do czynności prawnych
Formularz zgłoszenia **wypełnia Rodzic/Opiekun Prawny**

Do poprawnego wypełnienia formularza będziesz potrzebował **danych Pracownika Banku**, który jest płatnikiem składki: **Imię, Nazwisko, PESEL, data urodzenia i Numer Kadrowy Pracownika w Banku**. Dane te są wymagane podczas wypełniania formularza zgłoszenia.

Formularz przyjęcia zgłoszenia do umowy Abonamentu Medycznego dla członka rodziny pracownika Alior Banku niepełnoletniego dziecka/osoby nie posiadającej zdolności do czynności prawnych

Data wypełnienia formularza

2020.02.14 03:34:15

Dane Członka Rodziny pracownika Banku przystępującego do umowy abonamentu
medycznego

Stopień pokrewieństwa *

Imię *

Nazwisko *

Płeć *

Obywatelstwo *

Polskie



Data Urodzenia *



PESEL *

Uzupełnij dane członka rodziny pracownika Banku, który ma zostać objęty umową.

Odpowiednio wybierz Pakiet zgodnie z opisem w poprzednim rozdziale dotyczącym Formularza zgłoszenia pełnoletniego Członka Rodziny.

Jako rodzic lub opiekun prawny członka rodziny pracownika Banku, zapoznaj się ze zgodami oraz oświadczeniami zawartymi w formularzu, w imieniu dziecka lub osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych. Uzpełnienie tych pól jest wymagane do realizacji umowy.

Klauzule i oświadczenia

Za osobę niepełnoletnią lub nieposiadającą zdolności do czynności prawnych wypełnia Rodzic/Opiekun Prawny.

ZGODA NA OBJĘCIE OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ

- *Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych wskazanych powyżej, spółce Alior Bank SA z siedzibą w Warszawie (zwanej dalej „Firmą”) oraz spółce PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie (zwanej dalej „PZU Zdrowie”) w celu udzielania mi świadczeń zdrowotnych w ramach umowy abonamentu medycznego zawartej pomiędzy Firmą a PZU Zdrowie na warunkach wskazanych w tej umowie,
- *Potwierdzam, że wiadome mi jest, że z chwilą udostępnienia moich danych osobowych Firmie oraz PZU Zdrowie moje dane osobowe będą przetwarzane na zasadach określonych w zamieszczonej poniżej klauzuli informacyjnej.
- *Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z umową abonamentu medycznego zawartą pomiędzy Firmą a PZU Zdrowie, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem ww. środków komunikacji elektronicznej.

*) zgody są dobrowolne, ale niezbędne do realizacji umowy

- *Oświadczam, że podane w formularzu dane są prawdziwe i aktualne. Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- *Zapoznałem się i akceptuję [Regulamin](#)
- *Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dokumencie [Klauzula informacyjna](#)

Uzpełnij swoje imię i nazwisko.

Dane Opiekuna Prawnego

Imię opiekuna prawnego *

Nazwisko opiekuna prawnego *

W terminie do 24 godzin, z adresu biuletyn@mailing.pzu.pl, na wskazany w formularzu adres e-mail otrzymasz wiadomość z załącznikami: Formularzem zgłoszenia, Regulaminem korzystania z elektronicznego formularza.

Zgodnie z instrukcją zawartą w przesłanej wiadomości zweryfikuj dane z formularza.

Jeśli spostrzeżesz błąd, ponownie wypełnij i wyślij formularz uzupełniając go poprawnymi danymi.

Wypełniony i wysłany formularz zastąpi w całości poprzedni. Jako obowiązujące będą brane pod uwagę dane z ostatnio wypełnionego i wysłanego formularza.