

Imię .....

Nazwisko .....

PESEL .....

**\*zaznaczyć właściwe pola**

Z tytułu przystąpienia do ubezpieczenia:

\* ☐ małżonka/partnera.....  
(Imię i nazwisko)

\* ☐ pełnoletniego dziecka.....  
(Imię i nazwisko)

\* ☐ .....  
(Imię i nazwisko)

**"ANPHARM" PRZEDSIĘBIORSTWO  
FARMACEUTYCZNE SPÓŁKA AKCYJNA  
zwany dalej Pracodawcą**

**WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEN**

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia:

1. \* ☐ **NA ŻYCIE** polisa nr 940298448

|                              | 49 zł | 75 zł | 109 zł |
|------------------------------|-------|-------|--------|
| PRACOWNIK                    |       |       |        |
| WSPÓŁMAŁŻONEK<br>lub PARTNER |       |       |        |
| PEŁNOLETNIE DZIECKO          |       |       |        |
| ...                          |       |       |        |

**\*Proszę o zaznaczenie właściwego pola**

2. \* ☐ wraz z **PAKIETEM DODATKOWYM**

|                              | W razie WYPADKU (WRW) |       | Ochrona dla Dziecka |       |       | Wsparcie w razie nowotworu |           | Wsparcie dla Rodziny |       |       |
|------------------------------|-----------------------|-------|---------------------|-------|-------|----------------------------|-----------|----------------------|-------|-------|
|                              | 940286865             |       | 940286852           |       |       | 940286894                  | 940286911 | 940286878            |       |       |
|                              | 6,50 zł               | 12 zł | 10 zł               | 16 zł | 24 zł | 12 zł                      | 17 zł     | 5 zł                 | 10 zł | 15 zł |
| PRACOWNIK                    |                       |       |                     |       |       |                            |           |                      |       |       |
| WSPÓŁMAŁŻONEK<br>lub PARTNER |                       |       |                     |       |       |                            |           |                      |       |       |
| PEŁNOLETNIE<br>DZIECKO       |                       |       |                     |       |       |                            |           |                      |       |       |
| PEŁNOLETNIE                  |                       |       |                     |       |       |                            |           |                      |       |       |

**\*Proszę o zaznaczenie właściwego pola**

.....  
Data i czytelny podpis Pracownika