

**OŚWIADCZENIE ZGODY NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ
SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE GRUPOWE PZU NA ŻYCIE PLUS**

Do Pracodawcy

**Wypełnij czytelnie,
drukowanymi literami**

Imię i nazwisko:

Numer ewidencyjny: Data wypełnienia

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus niniejszym wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę oraz zasiłków (chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich itp.) sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym:

**Jeśli chcesz przystąpić
do ubezpieczenia
PZU Życie Na Życie Plus:**

→ **zaznacz wariant**
wybrany przez Ciebie
i (jeśli dotyczy) Członka
Twojej Rodziny
wstawiając „X”

Ubezpieczenie na życie i zdrowie	Składka miesięczna	Pracownik	Małżonek / Partner	Pełnoletnie dziecko
WARIANT I	80,00 zł			
WARIANT II	87,00 zł			
WARIANT III	121,00 zł			

*Poniższe opcje są dostępne dla małżonka/partnera lub pełnoletniego dziecka
tylko wtedy gdy ubezpieczony podstawowy (pracownik) z nich korzysta!*

Wsparcie dla rodziny	Składka miesięczna	Pracownik	Małżonek / Partner	Pełnoletnie dziecko
WARIANT I	5,00 zł			
WARIANT II	10,00 zł			
WARIANT III	15,00 zł			

Ochrona dla dziecka	Składka miesięczna	Pracownik	Małżonek / Partner	Pełnoletnie dziecko
WARIANT I	10,00 zł			
WARIANT II	16,00 zł			
WARIANT III	24,00 zł			

Wsparcie po wypadku	Składka miesięczna	Pracownik	Małżonek / Partner	Pełnoletnie dziecko
WARIANT I	6,00 zł			
WARIANT II	10,50 zł			
WARIANT III	14,50 zł			

Wsparcie w razie nowotworu	Składka miesięczna	Pracownik	Małżonek / Partner	Pełnoletnie dziecko
WARIANT I	12,00 zł			
WARIANT II	17,00 zł			

W Razie Wypadku	Składka miesięczna	Pracownik	Małżonek / Partner	Pełnoletnie dziecko
WARIANT I	6,50 zł			
WARIANT II	12,00 zł			

W przypadku ustania związku małżeńskiego/partnerskiego z ubezpieczonym Małżonkiem/Partnerem zobowiązuję się poinformować o tym fakcie Dział HR.

.....
Czytelny podpis Pracownika