

OŚWIADCZENIE ZGODY / REZYGNACJI*

(*niepotrzebne skreślić)

1. Proszę o wypełnienie w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia.

Imię i nazwisko pracownika:

.....Pesel.....

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia składki za grupowe ubezpieczenia na życie w PZU ŻYCIE SA i przekazywanie za pośrednictwem pracodawcy do PZU ŻYCIE SA z siedzibą w Warszawie, KRS 0000030211.

W celu przystąpienia do ubezpieczenia należy wypełnić i podpisać deklarację przystąpienia, uzupełniając w niej wybrane numery polis i składki. Małżonek/partner, pełnoletnie dzieci wypełniają swoją deklarację przystąpienia do ubezpieczenia.

Wybór wariantu podstawowego – PNŻ PLUS

(proszę zaznaczyć wybrany wariant - tylko jeden z wariantów podstawowych dla danego ubezpieczonego; współmałżonek/partner, pełnoletnie dziecko - mogą wybrać inny wariant podstawowy niż pracownik):

WARIANT/NR POLISY/SKŁADKA POLISA NR 940364563			
UBEZPIECZONY	W 1 46,00 zł	W 2 59,00 zł	W 3 91,00 zł
pracownik			
współmałżonek/partner			
pełnoletnie dziecko			

Wybór opcji dodatkowych: W RAZIE WYPADKU (WRW), PAKIET WSPARCIA W RAZIE NOWOTWORU, PAKIET WSPARCIE DLA RODZINY, PAKIET OCHRONA DLA DZIECKA

(proszę zaznaczyć w przypadku wyboru opcji dodatkowych):

WARIANTY DODATKOWE/NR POLISY/SKŁADKA					
UBEZPIECZONY	Pakiet W razie wypadku 940364505 6,50 zł lub 12,00 zł (proszę wpisać obok okienka wysokość wybranej składki)	Pakiet Wsparcie w razie nowotworu 940364518 12zł	Pakiet Wsparcie w razie nowotworu 940364521 17zł	Pakiet Wsparcie dla rodziny 940364547 5 zł lub 10 zł lub 15 zł (proszę wpisać obok okienka wysokość wybranej składki)	Pakiet Ochrona dla dziecka 940364534 10zł lub 16zł lub 24zł (proszę wpisać obok okienka wysokość wybranej składki)
pracownik					
współmałżonek/partner					
pełnoletnie dziecko					

Współubezpieczony może wybrać ten sam pakiet dodatkowy co pracownik

ŁĄCZNA SKŁADKA MIESIĘCZNA: zł.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie dla Pracowników firmy WITTCHEN S.A.

2. Proszę wypełnić w przypadku nieskorzystania z ww. oferty ubezpieczenia grupowego dla pracowników i członków rodzin pracowników WITTCHEN S.A.

Niniejszym rezygnuję z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia (zaznacz w przypadku rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia).

W przypadku zmiany decyzji informuję Pracodawcę pisemnie oraz wypełnię stosowne dokumenty uprawniające do objęcia ubezpieczeniem.

Podpis Pracownika:

Data