

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....
ul.

.....
zwany dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEN^{*}

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

polisa/y nr

łączna kwota zł (słownie złotych)

i przekazywania ww. kwoty do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

.....
Data i czytelny podpis pracownika

*** Dokument wydany na potrzeby pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA^{*} - polisa nr

Oświadczam, że w razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci¹, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.

.....
Data i czytelny podpis osoby przystępującej

***Dokument pozostaje w zakładzie pracy. Na życzenie PZU Życie SA Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać mu oświadczenie.**

¹ Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.