

Imię: Nazwisko: PESEL:

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ DLA PRACOWNIKÓW UNIWERSYTETU ŁÓDŹKIEGO

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU za mnie i wskazanych przeze mnie innych osób współubezpieczonych, zgodnie ze złożoną/złożonymi deklaracjami w formie elektronicznej lub papierowej wraz z wybranymi pakietami dodatkowymi:

GŁÓWNY UBEZPIECZONY	kwota	data	podpis pracownika
WARIANT 1	60 zł		
WARIANT 2	65 zł		
WARIANT 3	75 zł		
WARIANT 4	90 zł		
WARIANT 5	100 zł		
WARIANT 6	147 zł		
Pakiety dodatkowe			
A. Ochrona dla dziecka			
WARIANT 1	10 zł		
WARIANT 2	16 zł		
WARIANT 3	24 zł		
B. Wsparcie na wypadek nowotworu			
WARIANT 1	12 zł		
WARIANT 2	17 zł		
C. Wsparcie po wypadku			
WARIANT 1	6 zł		
WARIANT 2	10,50 zł		
WARIANT 3	14,50 zł		
D. W razie wypadku			
WARIANT 1	6,5 zł		
WARIANT 2	12 zł		
E. Wsparcie dla bliskich			
WARIANT 1	12 zł		
WARIANT 2	17 zł		

WSPÓŁUBEZPIECZONY	kwota	ilość osób	data	podpis pracownika
W.1. WARIANT 1	60 zł			
W.2. WARIANT 2	65 zł			
W.3. WARIANT 3	75 zł			
W.4. WARIANT 4	90 zł			
WARIANT 5	100 zł			
WARIANT 6	147 zł			
Pakiety dodatkowe				
A. Ochrona dla dziecka				
A.1. WARIANT I	10 zł			
A.2. WARIANT II	16 zł			
A.3. WARIANT III	24 zł			
B. Wsparcie na wypadek nowotworu				
B.1. WARIANT I	12 zł			
B.2. WARIANT II	17 zł			
C. Wsparcie po wypadku				
C.1. WARIANT I	6 zł			
C.2. WARIANT II	10,50 zł			
C.3. WARIANT III	14,50 zł			
D. W razie wypadku				
WARIANT 1	6,5 zł			
WARIANT 2	12 zł			