

Imię pracownika:
Nazwisko pracownika:
PESEL:

Sąd Rejonowy w Stargardzie
ul. Okrzei 8
73-110 Stargard
zwany dalej Pracodawcą

Wybór wariantu ubezpieczenia – proszę o zaznaczenie znakiem „X” wybranego wariantu ubezpieczenia.

PODSTAWOWE:

Ubezpieczenie grupowe na życie:

Dla pracownika: ☐ wariant I 69,00 zł ☐ wariant II 89,20 zł ☐ wariant III 125,20 zł
Dla członka rodziny: ☐ wariant I 69,00 zł ☐ wariant II 89,20 zł ☐ wariant III 125,20 zł

PAKIETY DODATKOWE do podstawowego (dla osób chętnych):

Pakiet ochrony dziecka (dotyczy do 25 r.ż. pod warunkiem że się uczy)

Dla pracownika: ☐ wariant I 10,00 zł ☐ wariant II 16,00 zł ☐ wariant II 24,00 zł
Dla członka rodziny: ☐ wariant I 10,00 zł ☐ wariant II 16,00 zł ☐ wariant II 24,00 zł

PZU w razie wypadku

Dla pracownika: ☐ wariant I 6,50 zł ☐ wariant II 12,00 zł
Dla członka rodziny: ☐ wariant I 6,50 zł ☐ wariant II 12,00 zł

Pakiet wsparcie dla rodziny

Dla pracownika: ☐ wariant I 5,00 zł ☐ wariant II 10,00 zł ☐ wariant II 15,00 zł
Dla członka rodziny: ☐ wariant I 5,00 zł ☐ wariant II 10,00 zł ☐ wariant II 15,00 zł

Wsparcie na wypadek nowotworu

Dla pracownika: ☐ wariant I 12,00 zł ☐ wariant II 17,00 zł ☐ wariant II 29,00 zł
Dla członka rodziny: ☐ wariant I 12,00 zł ☐ wariant II 17,00 zł ☐ wariant II 29,00 zł

Pakiet wsparcie po wypadku

Dla pracownika: ☐ wariant I 6,00 zł ☐ wariant II 10,50 zł ☐ wariant II 14,50 zł
Dla członka rodziny: ☐ wariant I 6,00 zł ☐ wariant II 10,50 zł ☐ wariant II 14,50 zł

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:

kwota potrącana z wynagrodzenia : zł **

i przekazywania ww. kwoty/kwot przez pracodawcę do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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

** Suma składek za ubezpieczonego i członków rodziny

Kwestionariusz osobowy
(dotyczy deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego)

Dane ubezpieczonego pracownika:

Imię i Nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy i adres mailowy.....

Data zatrudnienia

Rodzaj stosunku prawnego:

☐ umowa o pracę ☐ umowa zlecenie ☐ umowa o dzieło ☐ inny (jaki?)

Osoba uposażona (osoba, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego) (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres)

.....
.....

Wyznaczam partnera życiowego - w przypadku związku nieformalnego - konkubinatu (imię, nazwisko, pesel, miejsce urodzenia)

.....

Dodatkowo do ubezpieczenia grupowego/opieki medycznej doubezpieczam :

☐ współmałżonka / partnera życiowego ☐ dziecko

Dane współmałżonka/partnera lub dziecka:

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy i adres mailowy.....

Data zawarcia związku małżeńskiego(współmałżonek)

Data ukończenia 18 roku życia (dziecko)

Osoba uposażona (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres)

.....
.....

Dane współmałżonka/partnera lub dziecka:

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy i adres mailowy.....

Data zawarcia związku małżeńskiego(współmałżonek)

Data ukończenia 18 roku życia (dziecko)

Osoba uposażona (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres)

.....
.....

W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia przebywam/nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.

.....
Data i podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia