

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Jednostka organizacyjna:

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Sekcja Płac

Ul. Wieniawskiego 1

61-712 Poznań

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO PZU ŻYCIE S.A.

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 Klubu PZU POMOC i grupowego ubezpieczenia:

PAKIET PODSTAWOWY:	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4	Wariant 5
PRACOWNIK	☐ 63 zł	☐ 69 zł	☐ 76 zł	☐ 81 zł	☐ 91 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 63 zł	☐ 69 zł	☐ 76 zł	☐ 81 zł	☐ 91 zł
Liczba współubezpieczonych	.....	.....	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU”:

PRACOWNIK	☐ 12 zł	☐ 17 zł	☐ 29 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 12 zł	☐ 17 zł	☐ 29 zł
Liczba współubezpieczonych	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE DLA BLISKICH PLUS”:

PRACOWNIK	☐ 12 zł	☐ 17 zł
-----------	--------------------------------	--------------------------------

PAKIET DODATKOWY „OCHRONA DLA DZIECKA”:

PRACOWNIK	☐ 10 zł	☐ 16 zł	☐ 24 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 10 zł	☐ 16 zł	☐ 24 zł
Liczba współubezpieczonych	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE PO WYPADKU”:

PRACOWNIK	☐ 6 zł	☐ 10,50 zł	☐ 14,50 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 6 zł	☐ 10,50 zł	☐ 14,50 zł
Liczba współubezpieczonych	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE DLA RODZINY”:

PRACOWNIK	☐ 5 zł	☐ 10 zł	☐ 15 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 5 zł	☐ 10 zł	☐ 15 zł
Liczba współubezpieczonych	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „W RAZIE WYPADKU”:

PRACOWNIK	☐ 6,50 zł	☐ 12 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 6,50 zł	☐ 12 zł
Liczba współubezpieczonych	.....	.....

RAZEM SKŁADKA DO POTRĄCENIA*:zł

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. Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z materiałami dotyczącymi oferty ubezpieczenia grupowego w tym również OWU ubezpieczyciela.

Data i czytelny podpis pracownika

* Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.