

OŚWIADCZENIE KADROWE
dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie

IMIE I NAZWISKO (**WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI**)

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z propozycją grupowego ubezpieczenia na życie, proponowanego przez PZU ŻYCIE S.A. oraz otrzymałam/em porównanie zakresów oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed przystąpieniem do umowy.

WYBIERAM / REZYGNUJĘ Z UBEZPIECZENIA:

Pracownik	80 000	68 zł / m-c			
	50 000	27 zł / m-c			
Członek rodziny	80 000	68 zł / m-c			Ilość zgłaszanych osób:
	50 000	27 zł / m-c			Ilość zgłaszanych osób:
Pakiety dodatkowe	Ochrona dla dziecka	10 zł	16 zł	24 zł	
	Wsparcie w razie nowotworu	12 zł	17 zł	29 zł	
	Wsparcie dla rodziny	5 zł	10 zł	15 zł	
	Wsparcie po wypadku	6 zł	10,50 zł	14,50 zł	
	W razie wypadku	6,50 zł		12 zł	
	Assistance	1,31 zł			

2. Do grupowego ubezpieczenia na życie **zgłaszam następujących członków mojej rodziny** (małżonek lub partner i pełnoletnie dzieci):

- 1) Imię i Nazwisko.....
Stopień pokrewieństwa
- 2) Imię i Nazwisko.....
Stopień pokrewieństwa
- 3) Imię i Nazwisko.....
Stopień pokrewieństwa
- 4) Imię i Nazwisko.....
Stopień pokrewieństwa

3. Przystępuję do ubezpieczenia z pierwszym dniem miesiąca

Potwierdzam, że wyraziłam/em zgodę na dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia składki na w/w ubezpieczenie grupowe wraz ze złożeniem deklaracji o przystąpieniu.

4. ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADKI ZA UBEZPIECZONEGO I CZŁONKÓW RODZINY DO POTRĄCENIA :

..... **ZŁ / M-C**

.....
Data i czytelny podpis Pracownika