

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(miejscowość i data)

Szpital Powiatowy Zambrów
(nazwa Zakładu Pracy)

OŚWIADCZENIE
pracownika w zakresie ubezpieczenia grupowego na życie

Ja (imię i nazwisko) oświadczam, że*:

☐	wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie oraz potrącanie od dnia 01.12.2025 r. z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat, składki ubezpieczeniowej w wysokości zł (należy podać sumę składek z wybranych opcji za siebie i członków rodziny).	Pracownik nieubezpieczony
☐	wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie oraz potrącanie od dnia 01.12.2025 r. z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat, składki ubezpieczeniowej w wysokości zł (należy podać sumę składek z wybranych opcji za siebie i członków rodziny). Jednocześnie rezygnuję z grupowego ubezpieczenia na życie w GENERALI Życie oraz ochrony ubezpieczeniowej w GENERALI Życie z dniem 30.11.2025 r. i nie wyrażam zgody na potrącanie składki na w/w ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia oraz nie wyrażam zgody i wycofuję wcześniej udzieloną zgodę GENERALI Życie na przetwarzanie danych osobowych.	Pracownik dotychczas ubezpieczony
☐	rezygnuję z możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie, a co za tym idzie z ochrony ubezpieczeniowej dostępnej w Zakładzie Pracy. Mam świadomość, że przystąpienie w późniejszym terminie może wiązać się z zastosowaniem okresów karencji i weryfikacji medycznej przez ubezpieczyciela. W przyszłości nie będę rościł żadnych pretensji do Pracodawcy.	Rezygnacja

.....
imię i nazwisko pracownika (czytelnie)

* proszę zaznaczyć „X” w wybranej opcji

UWAGA: Warunkiem skutecznego przystąpienia do ubezpieczenia jest złożenie przez pracownika i członka rodziny pracownika nowej deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i skuteczne przekazanie wypełnionej oraz podpisanej deklaracji przystąpienia wraz z niniejszym oświadczeniem w ustalonym terminie poprzedzającym miesiąc rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.