

**WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ Z WYNAGRODZENIA PRZEZ PRACODAWCĘ
GRUPOWE UBEZPIECZENIE PZU NA ŻYCIE PLUS**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

POWIAT ŻUROMIŃSKI
STAROSTWO POWIATOWE
Plac Józefa Piłsudskiego 4
09-300 Żuromin
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ*

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie Grupowego ubezpieczenia PZU na Życie Plus wraz z pakietami dodatkowymi:

PAKIET PODSTAWOWY	Składka	Pracownik	Małżonek /partner	Pełnoletnie dziecko	Ilość dzieci
	63,50	☐	☐	☐	

PAKIETY DODATKOWE (po przystąpieniu do pakietu podstawowego)

UWAGA! członek rodziny Pracownika wybiera pakiet dodatkowy, pod warunkiem przystąpienia do pakietu Pracownika

PAKIET DODATKOWY	Wybrany wariant	Składka	Pracownik	Małżonek /partner	Pełnoletnie dziecko	Ilość dzieci
Ochrona dla dziecka	I	10 zł	☐	☐	☐	
	II	16 zł	☐	☐	☐	
	III	24 zł	☐	☐	☐	

Wsparcie w razie nowotworu	I	12 zł	☐	☐	☐	
	II	17 zł	☐	☐	☐	
	III	29 zł	☐	☐	☐	

Wsparcie dla rodziny	I	5 zł	☐	☐	☐	
	II	10 zł	☐	☐	☐	
	III	15 zł	☐	☐	☐	

Wsparcie po wypadku	I	6 zł	☐	☐	☐	
	II	10,50 zł	☐	☐	☐	
	III	14,50 zł	☐	☐	☐	

W razie wypadku	I	6,50 zł	☐	☐	☐	
	II	12 zł	☐	☐	☐	

Łączna kwota składki do potrącenia za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia: _____ zł

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Data i czytelny podpis pracownika

* Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.