

ZGODA DLA PRACODAWCY NA POTRĄCZANIE CO MIESIĄC SKŁADKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

Imię i nazwisko:	
Spółka:	

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia kwoty odpowiadającej części kosztów składek na ubezpieczenie grupowe z którego korzystam. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a, iż część kosztu składek finansowana przez firmę stanowi dla mnie przychód, który podlega opodatkowaniu zgodnie z obowiązującymi przepisami licząc od dnia przystąpienia do ubezpieczenia do odwołania deklaracji.

Ubezpieczenie Podstawowe - Pracownik			
Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki (23 zł finansuje EWL)	Miesięczny koszt potrącenia	Wybieram (proszę o zaznaczenie X w odpowiedniej kolumnie):
Wariant 1	24 zł	1 zł	
Wariant 2	85 zł	62 zł	
Wariant 3	81 zł	58 zł	

Ubezpieczenie Podstawowe – Małżonkowie, Partnerzy, Dorosłe dzieci		
Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki/Miesięczny koszt potrącenia	Wybieram (proszę o zaznaczenie X w odpowiedniej kolumnie):
Wariant 2	85 zł	
Wariant 3	81 zł	

Inne pakiety i opcje dodatkowe wg złożonej elektronicznej deklaracji		
PROSZĘ WPISAĆ KWOTY SKŁADEK WYBRANYCH PAKIETÓW		
Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki/Miesięczny koszt potrącenia	Wybieram (proszę o zaznaczenie X w odpowiedniej kolumnie):
Opcje Dodatkowe		
Ochrona dla dziecka		
W razie wypadku		

<i>Nazwa ubezpieczenia</i>	<i>Kwota składki/Miesięczny koszt potrącenia</i>	<i>Wybieram (proszę o zaznaczenie X w odpowiedniej kolumnie):</i>
Wsparcie dla rodziny		
Wsparcie na wypadek nowotworu		
Wsparcie po wypadku		

.....

Data

.....

Podpis

W przypadku pytań, prosimy o kontakt mailowy: peopleops@ewl.com.pl