

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Szpital w Puszczykowie im. Prof. S.T.
Dąbrowskiego S.A.

Ul. Kraszewskiego 11

62-041 Puszczykowo

zwany dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ*

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:

PRACOWNIK	☐ 80,70zł	☐ 99,30zł	☐ 101,40zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 80,70zł	☐ 99,30zł	☐ 101,40zł
liczba			
współubezpieczonych:			

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU”:

PRACOWNIK	☐ 21 zł	☐ 31 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 21 zł	☐ 31 zł
liczba współubezpieczonych:		

PAKIET DODATKOWY „OCHRONA DLA DZIECKA ”:

PRACOWNIK	☐ 15 zł	☐ 23 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 15 zł	☐ 23 zł
liczba		
współubezpieczonych:		

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE DLA BLISKICH PLUS”:

PRACOWNIK ☐ 17 zł

Razem:*

i przekazywania ww. kwoty/kwot 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. Zapoznałem się z ofertą i innymi materiałami dotyczącymi oferty ubezpieczenia grupowego w tym również OWU ubezpieczyciela.

Data i czytelny podpis pracownika

* Suma składek za ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.

Dokument wydany na potrzeby pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA