

Nr przepustki:.....

Imię:

Nazwisko:

Pesel:

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

.....
zwany dalej Pracodawcą

Zgodnie z art. 91 Kodeksu pracy 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 składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

UBEZPIECZENIE GRUPOWE NA ŻYCIE

Ubezpieczenie podstawowe (wariant 2,3,5 z WRW): (zaznaczyć właściwe)

☐ 64 zł ☐ 103 zł ☐ 104 zł ☐ 82,50 zł ☐ 89 zł

Wsparcie dla bliskich plus (tylko pracownik): (zaznaczyć właściwe)

☐ 12 zł ☐ 17 zł

Wsparcie w razie nowotworu: (zaznaczyć właściwe)

☐ 11 zł ☐ 21 zł ☐ 31 zł ☐ 47 zł

Wsparcie dla rodziny: (zaznaczyć właściwe)

☐ 5 zł ☐ 10 zł ☐ 15 zł

PRYWATNA OPIEKA MEDYCZNA (zaznaczyć właściwe)

☐ START ☐ indywidualny ☐ partnerski ☐ rodzinny

☐ KOMFORT ☐ indywidualny ☐ partnerski ☐ rodzinny

☐ KOMFORT PLUS ☐ indywidualny ☐ partnerski ☐ rodzinny

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Daszyńskiego 4, 00-843 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.

.....
Data i czytelny podpis pracownika

Wniosek o dokonywanie potrąceń za ubezpieczenie współmałżonka, partnera życiowego, pełnoletniego dziecka

Zgodnie z art. 91 Kodeksu pracy 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 składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia za mojego **współmałżonka / partnera życiowego/ pełnoletniego dziecka** (niewłaściwe skreślić)

Imię i nazwisko:

Ubezpieczenie podstawowe (wariant 2,3,5 z WRW): (zaznaczyć właściwe)

☐ 64 zł ☐ 103 zł ☐ 104 zł ☐ 82,50 zł ☐ 89 zł

Wsparcie w razie nowotworu: (zaznaczyć właściwe)

☐ 11 zł ☐ 21 zł ☐ 31 zł ☐ 47 zł

Wsparcie dla rodziny: (zaznaczyć właściwe)

☐ 5 zł ☐ 10 zł ☐ 15 zł

.....
Data i czytelny podpis pracownika