

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL : .....

**WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ**

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 grupowego ubezpieczenia.

Ubezpieczenie podstawowe (**wariant sponsorowany**) : 

X	Wariant V - 0	sponsorowany	33,90 zł
---	---------------	--------------	----------

Informujemy, że Wariant Sponsorowany finansowany przez pracodawcę podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych i oskładkowaniu ZUS.

**ZA PRACOWNIKA:***Zaznacz X przy wybranej opcji***ZA CZŁONKÓW RODZINY:***Zaznacz X przy wybranej opcji oraz wpisz liczbę członków rodziny, których zgłaszasz do wybranego ubezpieczenia:*

- Ubezpieczenie dodatkowe rozszerzające ochronę pracownika (do wyboru jeden z dwóch wariantów) oraz ubezpieczenie dla członków rodziny:

<input type="checkbox"/>	Wariant V 1	45,20 zł
<input type="checkbox"/>	Wariant V 2	28,80 zł

<input type="checkbox"/>	Wariant V - 3	62,80 zł	Liczba Ubezpieczonych:	<input type="text"/>
--------------------------	---------------	----------	------------------------	----------------------

**PAKIETY DODATKOWE MOŻLIWE DO WYBORU PO PRZYSTĄPIENIU DO WARIANTU SPONSOROWANEGO:**

- Pakiet dodatkowy „Ochrona dla dziecka”:

<input type="checkbox"/>	Wariant V 4	23 zł
--------------------------	-------------	-------

<input type="checkbox"/>	Wariant V 4	23 zł	Liczba Ubezpieczonych:	<input type="text"/>
--------------------------	-------------	-------	------------------------	----------------------

- Pakiet dodatkowy „W razie wypadku” :

<input type="checkbox"/>	Wariant V 5	12 zł
--------------------------	-------------	-------

<input type="checkbox"/>	Wariant V 5	12 zł	Liczba Ubezpieczonych	<input type="text"/>
--------------------------	-------------	-------	-----------------------	----------------------

- Pakiet dodatkowy „Wsparcie dla Twojego serca”:

<input type="checkbox"/>	Wariant V 6	30 zł
--------------------------	-------------	-------

<input type="checkbox"/>	Wariant V 6	30 zł	Liczba Ubezpieczonych	<input type="text"/>
--------------------------	-------------	-------	-----------------------	----------------------

- Pakiet dodatkowy „Wsparcie w razie nowotworu”:

<input type="checkbox"/>	Wariant V 7	47 zł
--------------------------	-------------	-------

<input type="checkbox"/>	Wariant V 7	47 zł	Liczba Ubezpieczonych:	<input type="text"/>
--------------------------	-------------	-------	------------------------	----------------------

Łączna miesięczna kwota pakietów dodatkowych do potrącenia z wynagrodzenia:.....zł

- Wyrażam zgodę na potrącanie wskazanej powyżej kwoty z mojego wynagrodzenia co miesiąc przez okres trwania ubezpieczenia.
- Zobowiązuję się do poinformowania Pracodawcy o rezygnacji z ubezpieczenia lub zmianie zakresu ubezpieczenia.

.....  
*Data i czytelny podpis pracownika*