

**FORMULARZ DO OBWIĄZKOWEGO UZUPEŁNIENIA PRZEZ KAŻDEGO PRACOWNIKA**

.....  
Nazwisko i imię pracownika (czytelnie)

....., .....  
miejsowość data

.....  
(telefon kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**

**Zapoznałam/em się z warunkami grupowego ubezpieczenia na życie.**

**(prosimy o zaznaczenie jednej lub dwóch z poniższych opcji)**

Wyrażam chęć przystąpienia do ubezpieczenia grupowego w **PZU Życie SA** przy składce:

60,00 zł  70,00 zł  80,00zł  90,00 zł  100,00 zł  200,00zł

Chcę dodatkowo ubezpieczyć **małżonka/partnera lub pełnoletnie dziecko** przy składce:

60,00 zł  70,00 zł  80,00zł  90,00 zł  100,00 zł  200,00zł

Nazwisko i imię **małżonka/partnera**.....

60,00 zł  70,00 zł  80,00zł  90,00 zł  100,00 zł  200,00zł

Nazwisko i imię **małżonka/partnera**.....

**Świadomie rezygnuję** z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia

**ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADKI NA DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE GRUPOWE**

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego ubezpieczenia grupowego w PZU wyrażam zgodę na potrącenie co miesiąc z mojego wynagrodzenia za pracę i zasiłków chorobowych składki ubezpieczenia w wysokości zadeklarowanej przeze mnie powyżej.

.....  
data i własnoręczny podpis pracownika

**Osoby przystępujące do ubezpieczenia wypełniają e-deklaracje na platformie mojePZU:  
<https://moje.pzu.pl/> lub w aplikacji mobilnej.**

**Szczegółowe informacje znajdują Państwo na stronie**  
**<https://www.pzu.pl/mojepzu-formularz/cichy-zasada>**  
**lub po zeskanowaniu QR kodu:**

