

Imię:
Nazwisko:
PESEL:

Politechnika Poznańska
Ul. Jacka Rychlewskiego 1
61-131 Poznań
zwany dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEN*

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 grupowego ubezpieczenia

NA ŻYCIE PLUS:

PRACOWNIK	<input type="checkbox"/>	63 zł	<input type="checkbox"/>	71 zł	<input type="checkbox"/>	85 zł	<input type="checkbox"/>	102 zł	<input type="checkbox"/>	114 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	<input type="checkbox"/>	63 zł	<input type="checkbox"/>	71 zł	<input type="checkbox"/>	85 zł	<input type="checkbox"/>	102 zł	<input type="checkbox"/>	114 zł
liczba współubezpieczonych:		.....		.....		.....		.....		.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU”:

PRACOWNIK	<input type="checkbox"/>	11 zł	<input type="checkbox"/>	21 zł	<input type="checkbox"/>	31 zł	<input type="checkbox"/>	47 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	<input type="checkbox"/>	11 zł	<input type="checkbox"/>	21 zł	<input type="checkbox"/>	31 zł	<input type="checkbox"/>	47 zł
liczba współubezpieczonych:		.....		.....		.....		.....

PAKIET DODATKOWY „NA ŻYCIE”:

PRACOWNIK	<input type="checkbox"/>	14 zł	<input type="checkbox"/>	26 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	<input type="checkbox"/>	14 zł	<input type="checkbox"/>	26 zł
liczba współubezpieczonych:		.....		.....

PAKIET DODATKOWY „OCHRONA DLA DZIECKA”:

PRACOWNIK	<input type="checkbox"/>	10 zł	<input type="checkbox"/>	16 zł	<input type="checkbox"/>	24 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	<input type="checkbox"/>	10 zł	<input type="checkbox"/>	16 zł	<input type="checkbox"/>	24 zł
liczba współubezpieczonych:		.....		.....		.....

PAKIET DODATKOWY „TRWAŁY USZCZERBEK”:

PRACOWNIK	<input type="checkbox"/>	6 zł	<input type="checkbox"/>	10,50 zł	<input type="checkbox"/>	14,50 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	<input type="checkbox"/>	6 zł	<input type="checkbox"/>	10,50 zł	<input type="checkbox"/>	14,50 zł
liczba współubezpieczonych:		.....		.....		.....

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.

Data i czytelny podpis pracownika

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

** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych

Jeśli nie chcesz przystąpić do ubezpieczenia na życie w PZU Życie.

Rezygnacja z grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie S.A.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a przez Pracodawcę o możliwości przystąpienia do Programu Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU Życie S.A.

Niniejszym rezygnuję z możliwości przystąpienia do w/w programu ubezpieczeniowego.

W przypadku zmiany decyzji poinformuję Pracodawcę pisemnie oraz wypełnię stosowne dokumenty uprawniające do objęcia ubezpieczeniem.

Data i czytelny podpis pracownika