

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADKI**Ubezpieczający:** PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie ul. Rondo I. Daszyńskiego 4.**Pracodawca:****Imię i Nazwisko****PESEL**

W związku z przystąpieniem przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego w **PZU Życie SA** wyrażam zgodę, w trybie przepisu art. 91 § 1 Kodeksu pracy, na comiesięczne potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę kwoty składki ubezpieczeniowej w wysokości:

GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE:

PAKIET:	WARIANT Start		WARIANT Komfort		WARIANT Komfort Plus		WARIANT Optimum	
INDYWIDUALNY (Pracownik)	43,10 zł	<input type="checkbox"/>	96,60 zł	<input type="checkbox"/>	170,20 zł	<input type="checkbox"/>	244,70 zł	<input type="checkbox"/>
PARTNERSKI (Pracownik oraz jego małżonek lub partner lub dziecko Pracownika)	86,00 zł	<input type="checkbox"/>	192,90 zł	<input type="checkbox"/>	340,20 zł	<input type="checkbox"/>	489,00 zł	<input type="checkbox"/>
RODZINNY (Pracownik oraz jego małżonek lub partner oraz wszystkie dzieci Pracownika)	128,80 zł	<input type="checkbox"/>	289,20 zł	<input type="checkbox"/>	510,10 zł	<input type="checkbox"/>	733,40 zł	<input type="checkbox"/>

Oznacz swój wybór wstawiając X przy składce

Łączna składka: zł za mnie i Członków mojej Rodziny.

Jednocześnie wycofuję zgodę dla Pracodawcy na potrącanie miesięcznej składki ubezpieczeniowej za moje dotychczasowe grupowe ubezpieczenie w PZU POMOC S.A. i wnoszę o przekazywanie potrącanych składek do PZU Życie SA.

.....
Data i Podpis Pracownika.....
Załącznik nr 2**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Zdrowie w **PZU Życie SA**.

Jednocześnie potwierdzam odbiór dokumentów dotyczących Grupowego Ubezpieczenia na Zdrowie w postaci:

1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia,
2. Materiału Informacyjnego o Produkcie,
3. Informacji Administratora Danych Osobowych (Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela)

Dodatkowo wyrażam zgodę na przekazanie mi na trwałym nośniku (np. płyta CD, dokument w formacie pdf itd.) ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informacji.

.....
Data i Podpis Pracownika