

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(miejsce i data)

Skarb Państwa - Ministerstwo Spraw Zagranicznych
(nazwa Zakładu Pracy)

OŚWIADCZENIE
pracownika w zakresie ubezpieczenia grupowego na życie

Ja (imię i nazwisko) oświadczam, że*:

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie S.A. oraz proszę o potrącenie od dnia z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat, składki ubezpieczeniowej w wysokości zł (należy podać sumę składek z wybranych opcji za siebie i członków rodziny). | Pracownik nieubezpieczony |
| <input type="checkbox"/> | wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie S.A. oraz proszę o potrącenie od dnia z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat, składki ubezpieczeniowej w wysokości zł (należy podać sumę składek z wybranych opcji za siebie i członków rodziny). | Pracownik dotychczas ubezpieczony |
| <input type="checkbox"/> | rezygnuję z możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie, a co za tym idzie z ochrony ubezpieczeniowej dostępnej w Zakładzie Pracy. Mam świadomość, że przystąpienie w późniejszym terminie może wiązać się z zastosowaniem okresów karencji i weryfikacji medycznej przez ubezpieczyciela. W przyszłości nie będę rościł żadnych pretensji do Pracodawcy. | Rezygnacja |

.....
imię i nazwisko pracownika (czytelnie)

* proszę zaznaczyć „X” w wybranej opcji

UWAGA: Warunkiem skutecznego przystąpienia do ubezpieczenia jest złożenie przez pracownika i członka rodziny pracownika nowej deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i skuteczne przekazanie wypełnionej oraz podpisanej deklaracji przystąpienia wraz z niniejszym oświadczeniem w ustalonym terminie poprzedzającym miesiąc rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.