

**WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ Z WYNAGRODZENIA PRZEZ PRACODAWCĘ
GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE**

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Polwell Sp. z o.o.

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego ubezpieczenia w PZU Życie, wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym:

Zaznacz wariant ubezpieczenia wybrany przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Rodziny

Zaznacz X

WARIANT PODSTAWOWY	Wybrany wariant	Składka	Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie dziecko	Ilość dzieci
	Wariant I	61,50 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	72 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PAKIETY DODATKOWE / PO WYBRANIU PAKIETU PODSTAWOWEGO

	Wybrany wariant	Składka	Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie dziecko	Ilość dzieci
OCHRONA DLA DZIECKA	Wariant I	11 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	15 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant III	23 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant IV	35 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WSPARCIE DLA RODZINY	Wariant I	5 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	10 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant III	15 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU	Wariant I	11 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	21 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant III	31 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant IV	47 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
W RAZIE WYPADKU	Wariant I	6,50 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	12 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA	Wariant I	10 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	20 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant III	30 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WSPARCIE PO WYPADKU	Wariant I	6 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	10,50 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant III	14,50 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Łączna składka miesięczna do potrącenia za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia _____ zł

Data i Czytelny podpis Pracownika
