

**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
