

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

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

STRAŻ MIEJSKA w BYDGOSZCZY

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 „X” wariant ubezpieczenia wybrany przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Rodziny:

WARIANT PODSTAWOWY	Wybrany wariant	Składka	Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie dziecko	Liczba dzieci
	Wariant I	70 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant II	80 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Wariant III	88 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PAKIETY DODATKOWE / PO WYBRANIU PAKIETU PODSTAWOWEGO PAKIETY DODATKOWE (PO WYBRANIU PAKIETU PODSTAWOWEGO)

	Wybrany wariant	Składka	Pracownik	Małżonek/Partner	Pełnoletnie dziecko	Liczba 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"/>	

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 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 NA WYPADEK 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"/>	

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"/>	

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

Data i Czytelny podpis Pracownika