

Nr ewidencyjny	Imię i nazwisko	PESEL	Nr telefonu
----------------	-----------------	-------	-------------

### OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z przedstawionym programem grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Grupy Sokpol oraz członków ich rodzin.

**Wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie w PZU Życie SA** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia wybierając poniższe warianty (prosimy o zaznaczenie znakiem X przy wybranym wariantcie).

#### PAKIETY PODSTAWOWE

PAKIET PODSTAWOWY	Składka (za osobę/ m-c)	Pracownik	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko pełnoletnie
WARIANT I	55,00 zł			
WARIANT II	68,00 zł			
WARIANT III	85,00 zł			
WARIANT IV	95,00 zł			
WARIANT V	125,00 zł			
Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance	2,26 zł zakres podstawowy			
	3,39 zł zakres rozszerzony			
Asystent w czasie utraty zdrowia	1,69 zł za ubezpieczonego			

#### PAKIETY DODATKOWE

##### I. PAKIET WSPARCIE DLA BLISKICH PLUS

PAKIET DODATKOWY	Składka (za osobę/ m-c)	Pracownik	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko pełnoletnie
WARIANT I	12,00 zł			
WARIANT II	17,00 zł			

##### II. PAKIET WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA

PAKIET DODATKOWY	Składka (za osobę/ m-c)	Pracownik	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko pełnoletnie
WARIANT II	20,00 zł			

##### III. PAKIET WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU

PAKIET DODATKOWY	Składka (za osobę/ m-c)	Pracownik	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko pełnoletnie
WARIANT II	21,00 zł			
WARIANT III	31,00 zł			

##### IV. PAKIET WSPARCIE DLA RODZINY

PAKIET DODATKOWY	Składka (za osobę/ m-c)	Pracownik	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko pełnoletnie
WARIANT II	10,00 zł			

##### V. PAKIET OCHRONA DLA DZIECKA BEZ KARENCJI

PAKIET DODATKOWY	Składka (za osobę/ m-c)	Pracownik	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko pełnoletnie
WARIANT II	15,00 zł			
WARIANT III	23,00 zł			

Jedna składka obejmuje wszystkie dzieci pracownika – bez względu na liczbę dzieci (dzieci niepełnoletnie)

**Wyrażam zgodę na potrącanie składek na grupowe ubezpieczenie PZU w wysokości ..... zł z mojego wynagrodzenia za pracę i świadczeń z ubezpieczenia społecznego.**

.....  
Data i czytelny podpis pracownika

## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

.....  
imię i nazwisko pracownika

.....  
Nr Pesel

.....  
Nr ewidencyjny

Po zapoznaniu się z przedstawionym programem Grupowego Ubezpieczenia na życie dla pracowników Grupy Sokpol oraz członków ich rodzin informuję, że **nie jestem** zainteresowana/y przystąpieniem do programu ubezpieczenia/kontynuacją programu ubezpieczenia.

.....  
data i podpis pracownika