

Imię i nazwisko

PESEL

3 Regionalna Baza Logistyczna w Krakowie

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Proszę o dokonywanie następujących comiesięcznych potrąceń z mojego wynagrodzenia na:

1. UBEZPIECZENIE GRUPOWE WRAZ Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ (składka łączna za 1 osobę)

wybieram jako pracownik/żołnierz:

<input type="checkbox"/> W1 Start 102 zł	<input type="checkbox"/> W2 Start 113 zł	<input type="checkbox"/> W3 Start 127 zł	<input type="checkbox"/> W4 Start 153 zł	<input type="checkbox"/> W5 Start 114 zł
<input type="checkbox"/> W1 Komfort 130 zł	<input type="checkbox"/> W2 Komfort 141 zł	<input type="checkbox"/> W3 Komfort 155 zł	<input type="checkbox"/> W4 Komfort 181 zł	<input type="checkbox"/> W5 Komfort 142 zł
<input type="checkbox"/> W1 Komfort+ 174 zł	<input type="checkbox"/> W2 Komfort+ 185 zł	<input type="checkbox"/> W3 Komfort+ 199 zł	<input type="checkbox"/> W4 Komfort+ 225 zł	<input type="checkbox"/> W5 Komfort+ 186 zł
<input type="checkbox"/> W1 Komfort+R 197 zł	<input type="checkbox"/> W2 Komfort+R 208 zł	<input type="checkbox"/> W3 Komfort+R 222 zł	<input type="checkbox"/> W4 Komfort+R 248 zł	<input type="checkbox"/> W5 Komfort+R 209 zł

mój współmałżonek/partner życiowy, pełnoletnie dziecko wybrali (dowolny wariant i ta sama opieka medyczna):

<input type="checkbox"/> W1 Start 102 zł	<input type="checkbox"/> W2 Start 113 zł	<input type="checkbox"/> W3 Start 127 zł	<input type="checkbox"/> W4 Start 153 zł	<input type="checkbox"/> W5 Start 114 zł
<input type="checkbox"/> W1 Komfort 130 zł	<input type="checkbox"/> W2 Komfort 141 zł	<input type="checkbox"/> W3 Komfort 155 zł	<input type="checkbox"/> W4 Komfort 181 zł	<input type="checkbox"/> W5 Komfort 142 zł
<input type="checkbox"/> W1 Komfort+ 174 zł	<input type="checkbox"/> W2 Komfort+ 185 zł	<input type="checkbox"/> W3 Komfort+ 199 zł	<input type="checkbox"/> W4 Komfort+ 225 zł	<input type="checkbox"/> W5 Komfort+ 186 zł
<input type="checkbox"/> W1 Komfort+R 197 zł	<input type="checkbox"/> W2 Komfort+R 208 zł	<input type="checkbox"/> W3 Komfort+R 222 zł	<input type="checkbox"/> W4 Komfort+R 248 zł	<input type="checkbox"/> W5 Komfort+R 209 zł

2. Dołączam do pakietu OPIEKI MEDYCZNEJ małoletnie dziecko ze składką za 1 osobę (ta sama opieka medyczna co pracownik)

<input type="checkbox"/> Start 27 zł	<input type="checkbox"/> Komfort 55 zł	<input type="checkbox"/> Komfort+ 99 zł	<input type="checkbox"/> Komfort+R 122 zł
---	---	--	--

3. Pakiet dodatkowy - PZU W RAZIE WYPADKU (WRW):

Pracownik/żołnierz		Współmałżonek/partner życiowy pełnoletnie dziecko	
<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12 zł	<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12 zł

4. Pakiet dodatkowy - OCHRONA DZIECKA:

Pracownik/żołnierz				Współmałżonek/partner życiowy pełnoletnie dziecko			
<input type="checkbox"/> 11zł	<input type="checkbox"/> 15 zł	<input type="checkbox"/> 23 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł	<input type="checkbox"/> 11zł	<input type="checkbox"/> 15 zł	<input type="checkbox"/> 23 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł

5. Pakiet dodatkowy – WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA

Pracownik/żołnierz			Współmałżonek/partner życiowy pełnoletnie dziecko		
<input type="checkbox"/> 10 zł	<input type="checkbox"/> 20 zł	<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 10 zł	<input type="checkbox"/> 20 zł	<input type="checkbox"/> 30 zł

6. Pakiet dodatkowy – WSPARCIE W RAZIE NOWOTOWORU

Pracownik/żołnierz				Współmałżonek/partner życiowy pełnoletnie dziecko			
<input type="checkbox"/> 11zł	<input type="checkbox"/> 21 zł	<input type="checkbox"/> 31 zł	<input type="checkbox"/> 47 zł	<input type="checkbox"/> 11zł	<input type="checkbox"/> 21 zł	<input type="checkbox"/> 31 zł	<input type="checkbox"/> 47 zł

i przekazywania wyżej wybranych kwot tytułem składki ubezpieczeniowej bezpośrednio na podany rachunek bankowy prowadzony dla PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie oferowanego w ramach zorganizowanego przez PZU Pomoc SA programu lojalnościowego pod nazwą Klub PZU Pomoc w Życiu.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Data i podpis Pracownika / Żołnierza:

.....