



DANE PRACOWNIKA¹

Imię

Nazwisko

PESEL

VeloBank S.A.
zwany dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

CZĘŚĆ I. OBLIGATORYJNA

Na Życie

WARIANT	Na Życie WARIANT I	Na Życie Wariant II	Na Życie WARIANT III	Na Życie WARIANT IV
Kwota składki PRACOWNIK (zaznacz X)	21,00 zł <input type="checkbox"/>	20,60 zł <input type="checkbox"/>	55,60 zł <input type="checkbox"/>	66,00 zł <input type="checkbox"/>
Kwota składki WSPÓŁUBEZPIECZONY (małżonek / partner, pełnoletnie dziecko)	31,00 zł <input type="checkbox"/>	30,60 zł <input type="checkbox"/>	65,60 zł <input type="checkbox"/>	76,00 zł <input type="checkbox"/>
Liczba wybranych pakietów dla współubezpieczonych (małżonek / partner, pełnoletnie dziecko)				
SKŁADKA ŁĄCZNA za wszystkie ubezpieczone osoby w CZĘŚCI I				

¹ Proszę wypełnić drukowanymi literami.

Pakiety dodatkowe²

Pakiet dodatkowy	Ochrona dla dziecka			Wsparcie w razie nowotworu			W razie wypadku		Wsparcie dla rodziny		
	10 zł	16 zł	24 zł	12 zł	17 zł	29 zł	6,5 zł	12 zł	5 zł	10 zł	15 zł
PRACOWNIK zaznacz wybrany wariant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WSPÓŁMAŁŻONEK / PARTNER zaznacz wybrany wariant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEŁNOLETNIE DZIECKO zaznacz wybrany wariant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEŁNOLETNIE DZIECKO zaznacz wybrany wariant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i przekazania miesięcznej składki łącznej za powyższe składowe zł na rachunki bankowe PZU Życie S.A.

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

Data i czytelny podpis Pracownika

² Współmałżonek / partner / pełnoletnie dziecko nie może dokupić pakietu dodatkowego, jeśli nie wykupi go pracownik. Osoba współubezpieczona nie może wybrać innego pakietu dodatkowego od pracownika.