

# WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

**Wypełnij  
drukowanymi  
literami**

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

Data wypełnienia: .....

## ZGODA NA POTRĄCENIE PRZEZ PRACODAWCĘ

### Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE

### PZU NA ŻYCIE PLUS WRAZ Z DODATKAMI PZU NA ŻYCIE PLUS

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego ubezpieczenia w PZU wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym:

	SKŁADKA	Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie dzieci	Ilość dzieci
<b>PAKIET PODSTAWOWY</b>	Wariant I      59,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant II      69,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      73,40 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant IV      80,60 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PAKIETY DODATKOWE / PO WYBRANIU PAKIETU PODSTAWOWEGO</b>					
<b>OCHRONA DLA DZIECKA</b>	Wariant I      11,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant II      15,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      23,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      35,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>W RAZIE WYPADKU</b>	Wariant I      6,50 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant II      12,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WSPARCIE DLA RODZINY</b>	Wariant I      5,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant II      10,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      15,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU</b>	Wariant I      11,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant II      21,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      31,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      47,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA</b>	Wariant I      10,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant II      20,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wariant III      30,00 zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

łącznie składka do potrącenia za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia \_\_\_\_\_ zł

➤ **Zaznacz wariant** ubezpieczenia wybrany przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Twojej Rodziny zaznacz „x”

➤ **podpisz ZGODĘ** na potrącenie składki

.....

*Czytelny podpis Pracownika*