

Imię: Nazwisko: PESEL:

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ DLA DELFARMA S.P. Z O.O.

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU za mnie i wskazanych przeze mnie innych osób współubezpieczonych, zgodnie ze złożoną/złożonymi deklaracjami w formie elektronicznej lub papierowej wraz z wybranymi pakietami dodatkowymi:

GŁÓWNY UBEZPIECZONY	kwota	data	podpis pracownika
WARIANT 1	54 zł		
WARIANT 2	64 zł		
WARIANT 3	84 zł		
WARIANT 4	81,50 zł		
Pakiety dodatkowe			
A. Ochrona dla dziecka			
WARIANT 1	11 zł		
WARIANT 2	15 zł		
WARIANT 3	23 zł		
WARIANT 4	35 zł		
B. Wsparcie na wypadek nowotworu			
WARIANT 1	11 zł		
WARIANT 2	21 zł		
WARIANT 3	31 zł		
WARIANT 4	47 zł		
C. Wsparcie po wypadku			
WARIANT 1	6 zł		
WARIANT 2	10,50 zł		
WARIANT 3	14,50 zł		
D. W razie wypadku			
WARIANT 1	6,5 zł		
WARIANT 2	12 zł		
E. Wsparcie dla twojego serca			
WARIANT 1	10 zł		
WARIANT 2	20 zł		
WARIANT 3	30 zł		
F. Wsparcie dla rodziny			
WARIANT 1	5 zł		
WARIANT 2	10 zł		
WARIANT 3	15 zł		

WSPÓŁUBEZPIECZONY	kwota	ilość osób	data	podpis pracownika
WARIANT 1	54 zł			
WARIANT 2	64 zł			
WARIANT 3	84 zł			
WARIANT 4	81,50 zł			
Pakiety dodatkowe				
A. Ochrona dla dziecka				
WARIANT 1	11 zł			
WARIANT 2	15 zł			
WARIANT 3	23 zł			
WARIANT 4	35 zł			
B. Wsparcie na wypadek nowotworu				
WARIANT 1	11 zł			
WARIANT 2	21 zł			
WARIANT 3	31 zł			
WARIANT 4	47 zł			
C. Wsparcie po wypadku				
WARIANT I	6 zł			
WARIANT II	10,50 zł			
WARIANT III	14,50 zł			
D. W razie wypadku				
WARIANT 1	6,5 zł			
WARIANT 2	12 zł			
E. Wsparcie dla twojego serca				
WARIANT 1	10 zł			
WARIANT 2	20 zł			
WARIANT 3	30 zł			
E. Wsparcie dla rodziny				
WARIANT 1	5 zł			
WARIANT 2	10 zł			
WARIANT 3	15 zł			