

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADKI

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Ubezpieczający: **SUNREEF VENTURE SPÓŁKA AKCYJNA**

Nazwisko i imię Pracownika:

Numer PESEL:

Pracodawca:

W związku z przystąpieniem przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego z którym Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, wyrażam zgodę, w trybie przepisu art. 91 § 1 Kodeksu pracy, na comiesięczne potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę kwoty składki ubezpieczeniowej w wysokości:

Pakiet podstawowy

Wariant	Pracownik	Małżonek/Partner	Dorośle Dziecko	Liczba przystępujących Dorosłych Dzieci
Pakiet podstawowy I	48 zł	48 zł	48 zł	
Pakiet podstawowy II	63 zł	63 zł	63 zł	
Pakiet podstawowy III	79 zł	79 zł	79 zł	

Pakiet dodatkowy Ochrona dla dziecka

Wariant	Pracownik	Małżonek/Partner	Dorośle Dziecko	Liczba przystępujących Dorosłych Dzieci
Wariant I	11 zł	11 zł	11 zł	
Wariant II	15 zł	15 zł	15 zł	
Wariant III	23 zł	23 zł	23 zł	
Wariant IV	35 zł	35 zł	35 zł	

Pakiet dodatkowy Wsparcie po wypadku

Wariant	Pracownik	Małżonek/Partner	Dorośle Dziecko	Liczba przystępujących Dorosłych Dzieci
Wariant I	6 zł	6 zł	6 zł	
Wariant II	10,50 zł	10,50 zł	10,50 zł	
Wariant III	14,50 zł	14,50 zł	14,50 zł	

Oznacź swój wybór wstawiając X przy składce

Łączna składka: zł za mnie i Członków mojej Rodziny (w przypadku ich przystąpienia do ubezpieczenia i wypełnienia przez nich Deklaracji Zgody na Objęcie Grupowym Ubezpieczeniem na Życie Dla Członka Rodziny Pracownika Ubezpieczającego).

Ponadto wnoszę o przekazywanie potrącanych składek do Ubezpieczyciela, z którym Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia.

Jednocześnie wycofuję zgodę dla Pracodawcy na potrącanie miesięcznej składki ubezpieczeniowej za moje dotychczasowe ubezpieczenie u dotychczasowego ubezpieczyciela.

.....
Data i Podpis Pracownika

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Życie w PZU Życie SA

Jednocześnie potwierdzam odbiór dokumentów dotyczących Grupowego Ubezpieczenia na Życie w postaci:

1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia,
2. Materiału Informacyjnego.

Dodatkowo wyrażam zgodę na przekazanie mi na trwałym nośniku (np. płyta CD, dokument w formacie pdf itd.) ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informacji o tym, które postanowienia określają:

- a) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń;
- b) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.

W podobnej formie (trwały nośnik informacji) mogą też być mi przekazywane informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

.....

Data i Podpis Pracownika

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

Ubezpieczający: SUNREEF VENTURE SPÓŁKA AKCYJNA

Imię i Nazwisko

PESEL

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Pracodawcę o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.

Niniejszym rezygnuję z możliwości przystąpienia do tego programu.

W przypadku zmiany decyzji poinformuję pracodawcę pisemnie oraz wypełnię stosowne dokumenty uprawniające do objęcia ubezpieczeniem.

.....

Data i czytelny podpis Pracownika