

OŚWIADCZENIE ZGODY NA POTRĄCANIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA / REZYGNACJA

Wypełnij
DRUKOWANYMI
literami

Nazwa Pracodawcy:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL

Data wypełnienia:

Jeśli CHCESZ przystąpić do ubezpieczenia PZU Życie S.A.

⇒ zaznacz podstawowy wariant ubezpieczenia wybrany przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Twojej Rodziny zaznaczając „X” w odpowiedniej kratce:

⇒ zaznacz dodatkowy wariant/ warianty ubezpieczenia wybrane przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Twojej Rodziny zaznaczając „X” w odpowiedniej kratce:

⇒ zaznacz wybrany wariant ubezpieczenia zdrowotnego zaznaczając „X” w odpowiedniej kratce oraz wskaż liczbę członków rodziny przystępujących z Tobą do ubezpieczenia zdrowotnego

⇒ wpisz łączną kwotę składki za wszystkie wybrane warianty ubezpieczenia i podpisz ZGODĘ na potrącanie składki

Ja niżej podpisany wyrażam ZGODĘ NA POTRĄCANIE w trybie miesięcznym przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia opłaty na sfinansowanie składki ubezpieczeniowej, zgodnie z poniżej wybranym zakresem i przelewania ich na rachunek PZU Życie S.A.:

Podstawowe warianty ubezpieczenia

Wariant nr 1 (75 zł)
Wariant nr 2 (86 zł)
Wariant nr 3 (100 zł)
Wariant nr 4 (114 zł)
Wariant nr 5 (132 zł)

Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie Dziecko

Warianty dodatkowe

Wsparcie na wypadek nowotworu (11,00zł)
Wsparcie na wypadek nowotworu (21,00zł)
Wsparcie na wypadek nowotworu (31,00zł)
Wsparcie na wypadek nowotworu (47,00zł)
W razie wypadku (6,50 zł)
W razie wypadku (12,00 zł)
Wsparcie dla Twojego serca (10,00 zł)
Wsparcie dla Twojego serca (20,00 zł)
Wsparcie dla Twojego serca (30,00 zł)
Wsparcie dla bliskich Plus (12,00 zł)
Wsparcie dla bliskich Plus (17,00 zł)
Wsparcie dla rodziny(5,00 zł)
Wsparcie dla rodziny (10,00 zł)
Wsparcie dla Rodziny (15,00 zł)

Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie Dziecko

Ubezpieczenie zdrowotne (Opieka Medyczna)

Start	pracownik 45 zł członek rodziny 44,75 zł
Komfort	pracownik 88 zł członek rodziny 87,75 zł
Komfort Plus	pracownik 148 zł członek rodziny 147,75zł
Komfort Plus Rehabilitacja	pracownik 170 zł członek rodziny 169,75zł

Pracownik	Małżonek partner/ dziecko	Liczba zgłoszonych bliskich

Łączna suma składek za wybrane przeze mnie warianty ubezpieczenia to

.....
Podpis Pracownika