

OŚWIADCZENIE KADROWE

dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie

IMIĘ I NAZWISKO (**WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI**)

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z propozycją grupowego ubezpieczenia na życie, proponowanego przez PZU Życie SA, zwane dalej PZU oraz otrzymałam/em porównanie zakresów oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed przystąpieniem do umowy. **WYBIERAM / REZYGNUJĘ** (patrz strona druga):

Pracownik	Wariant I: 0 zł / M-C ☐ (całkowita składka miesięczna 51,70 zł, składka finansowana przez pracodawcę)						
	Wariant II: 17,80 zł / M-C ☐ (całkowita składka miesięczna 69,50 zł, składka współfinansowana przez pracodawcę)						
	Wariant III: 23,50 zł / M-C ☐ (całkowita składka miesięczna 75,20 zł, składka współfinansowana przez pracodawcę)						
Członek rodziny	Wariant II: 69,50 zł / M-C ☐				Liczba zgłaszanych osób:		
	Wariant III: 75,20 zł / M-C ☐				Liczba zgłaszanych osób:		
Pakiety dodatkowe można wybrać jeden wariant cenowy z każdej grupy	Wsparcie dla rodziny	Ochrona dla dziecka	Wsparcie po wypadku	Wsparcie w razie nowotworu	W razie wypadku	Wsparcie dla Twojego serca	Wsparcie dla bliskich Plus (wyłącznie dla pracowników)
	5,00 ☐	11,00 ☐	6,00 ☐	11,00 ☐	6,50 ☐	10,00 ☐	12,00 ☐
	10,00 ☐	15,00 ☐	10,50 ☐	21,00 ☐	12,00 ☐	20,00 ☐	
	15,00 ☐	23,00 ☐	14,50 ☐	31,00 ☐		30,00 ☐	
		35,00 ☐		47,00 ☐			

2. Do grupowego ubezpieczenia na życie **zgłaszam następujących członków mojej rodziny** (małżonek lub partner i pełnoletnie dzieci):

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
1)		
2)		
3)		

3. Przystępuję do ubezpieczenia z **pierwszym dniem miesiąca**

Potwierdzam, że wyrażam zgodę na dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia (oraz z wszystkich innych należności, np. zasiłków) składki na w/w ubezpieczenie grupowe wraz ze złożeniem deklaracji o przystąpieniu.

4. **ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADKI ZA UBEZPIECZONEGO I CZŁONKÓW RODZINY DO POTRĄCENIA :**

..... **ZŁ / M-C**

.....
Data i czytelny podpis Pracownika

5. **Współfinansowanie składki**

Potwierdzam, że wyrażam zgodę na dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia (oraz z wszystkich innych należności, np. zasiłków) od kwoty 51,70 zł (stanowiącej dofinansowanie przez pracodawcę) składek ZUS i podatku dochodowego zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
Data i czytelny podpis Pracownika

Formularz jest przechowywany u osoby obsługującej i przekazującej informację dotyczącą potrącenia z wynagrodzenia.

OŚWIADCZENIE KADROWE dla osoby rezygnującej z ubezpieczenia w PZU

Zapoznałam/em się z warunkami grupowego ubezpieczenia na życie w **PZU** i świadomie rezygnuję z możliwości przystąpienia.

.....
Data i czytelny podpis Pracownika