

Imię

Nazwisko

PESEL

DIAGNOSTYKA SA
UL. PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 16
31-864 KRAKÓW
zwany Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

Proszę zaznaczyć wybrane składki:

Ubezpieczenie podstawowe PZU NA ŻYCIE PLUS:

Pracownik: ☐ 70 zł ☐ 83 zł ☐ 84 zł ☐ 50 zł

Członek rodziny: ☐ 70 zł ☐ 83 zł ☐ 84 zł ☐ 50 zł

Pakiety dodatkowe:

W Razie Wypadku: Pracownik: ☐ 6,50 zł ☐ 12 zł Członek rodziny: ☐ 6,50 zł ☐ 12 zł

Wsparcie po wypadku Plus:

Pracownik: ☐ 17,50 zł ☐ 22 zł ☐ 26 zł

Członek rodziny: ☐ 17,50 zł ☐ 22 zł ☐ 26 zł

Ochrona dla dziecka (w ramach jednej składki ochroną objęte są wszystkie dzieci ubezpieczonego):

Pracownik: ☐ 11 zł ☐ 15 zł ☐ 23 zł ☐ 35 zł

Członek rodziny: ☐ 11 zł ☐ 15 zł ☐ 23 zł ☐ 35 zł

Wsparcie dla Twojego serca:

Pracownik: ☐ 10 zł ☐ 20 zł ☐ 30 zł

Członek rodziny: ☐ 10 zł ☐ 20 zł ☐ 30 zł

Wsparcie w razie nowotworu:

Pracownik: ☐ 11 zł ☐ 21 zł ☐ 31 zł ☐ 47 zł

Członek rodziny: ☐ 11 zł ☐ 21 zł ☐ 31 zł ☐ 47 zł

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Pracownik:

.....
Data i czytelny podpis