

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADKI - GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Nazwisko i imię Pracownika:

Numer PESEL:

Ubezpieczający: Dalkia Polska Energia S.A. z siedzibą w Katowicach (40-205 Katowice ul. Ks. Franciszka Ściągły 14)

Pracodawca (zaznacz właściwego):

☐ Dalkia Polska Energia S.A.

☐ Dalkia Polska Energia Serwis Sp. z o.o.

W związku z przystąpieniem przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, 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:

Wykaz dostępnych opcji/pakietów ubezpieczenia / nazwa wariantu / wysokość składki		Pracownik		Małżonek /Partner		Dorośle Dziecko		Liczba przystępujących Dorosłych Dzieci
Pakiet ubezpieczenia Podstawowego	Wariant 1	51,50 zł		51,50 zł		51,50 zł		
	Wariant 2	72,50 zł		72,50 zł		72,50 zł		
	Wariant 3	83,50 zł		83,50 zł		83,50 zł		
	Wariant 4	86,70 zł		86,70 zł		86,70 zł		
Pakiety ubezpieczenia dodatkowego	„W RAZIE WYPADKU” – wariant 1	5,50 zł		5,50 zł		5,50 zł		
	„Wsparcie po wypadku” – Wariant 1	6,00 zł		6,00 zł		6,00 zł		
	„Wsparcie po wypadku” – Wariant 2	10,50 zł		10,50 zł		10,50 zł		
	„Wsparcie po wypadku” – Wariant 3	14,50 zł		14,50 zł		14,50 zł		
	„Ochrona dla Dziecka” – Wariant 1	11,00 zł		11,00 zł		11,00 zł		
	„Ochrona dla Dziecka” – Wariant 2	15,00 zł		15,00 zł		15,00 zł		
	„Ochrona dla Dziecka” – Wariant 3	23,00 zł		23,00 zł		23,00 zł		
	„Ochrona dla Dziecka” – Wariant 4	35,00 zł		35,00 zł		35,00 zł		
	„Wsparcie na wypadek nowotworu – Wariant 1	11,00 zł		11,00 zł		11,00 zł		
	„Wsparcie na wypadek nowotworu – Wariant 2	21,00 zł		21,00 zł		21,00 zł		
	„Wsparcie na wypadek nowotworu – Wariant 3	31,00 zł		31,00 zł		31,00 zł		
	„Wsparcie na wypadek nowotworu – Wariant 4	47,00 zł		47,00 zł		47,00 zł		
	„Wsparcie dla Twojego serca” – Wariant 1	10,00 zł		10,00 zł		10,00 zł		
	„Wsparcie dla Twojego serca” – Wariant 2	20,00 zł		20,00 zł		20,00 zł		
	„Wsparcie dla Twojego serca” – Wariant 3	30,00 zł		30,00 zł		30,00 zł		
	„Wsparcie dla Rodziny” – Wariant 1	5,00 zł		5,00 zł		5,00 zł		
	„Wsparcie dla Rodziny” – Wariant 2	10,00 zł		10,00 zł		10,00 zł		
	„Wsparcie dla Rodziny” – Wariant 3	15,00 zł		15,00 zł		15,00 zł		
	Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance - zakres podstawowy	2,23 zł		2,23 zł		2,23 zł		
	Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance - zakres rozszerzony	3,34 zł		3,34 zł		3,34 zł		

Oznaczn 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 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

Imię i Nazwisko

PESEL

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Życie w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

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 lub wartości wykupu ubezpieczenia;
- 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

Imię i nazwisko Pracownika

.....

Data urodzenia Pracownika

.....

DEKLARACJA REZYGNACJI Z PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA *

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez pracodawcę o możliwości przystąpienia do programu grupowego ubezpieczenia na życie. Niniejszym świadomie rezygnuję z możliwości przystąpienia do tego programu.

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

Czytelny podpis pracownika:

Data:

*** oświadczenie podpisują wyłącznie pracownicy, którzy nie chcą przystąpić do grupowego ubezpieczenia na życie**