

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADEK ZA UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA

DATA:2026r.

IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA:

PESEL:

TELEFON:

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA zatrudnionego w (oznacz właściwą spółkę):

☐ Assa Abloy Opening Solutions Poland SA ☐ Assa Abloy Mercor Doors Sp. z o. o. ☐ Donimet Bis Sp. z o.o.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami grupowego ubezpieczenia w PZU Życie S.A. i Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy wskazanej przeze mnie składki z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie, począwszy od wynagrodzenia należnego za miesiąc.... 202... r.

UBEZPIECZENIE PODSTAWOWE

☐ wyrażam zgodę na przystąpienie i potrącanie na poczet **ubezpieczenia podstawowego** PZU ŻYCIE SA comiesięcznie składki:
☐ W1 60 zł ☐ W2 74 zł ☐ W3 70 zł

Współubezpieczenie **członka rodziny** (małżonka/partnera życiowego, dziecka pełnoletniego):

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka zł

☐świadomie **rezygnuję** z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego

DODATKOWE UBEZPIECZENIA (dla osób z wariantem podstawowym):

Pakiet Dziecko - Ochrona dla dziecka dla mnie za składkę comiesięczną ☐ D1 15,00 zł ☐ D2 23,00 zł

Pakiet Dziecko - Ochrona dla dziecka dla członka rodziny

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Pakiet - Wsparcie w razie nowotworu dla mnie za składkę comiesięczną ☐ WN1 21,00 zł ☐ WN2 31,00 zł ☐ WN3 47,00 zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Pakiet - Wsparcie dla Twojego serca dla mnie za składkę comiesięczną ☐ WS1 20,00 zł ☐ WS2 30,00 zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Imię i nazwisko współubezpieczonego - składka: zł

Uwaga ! Tylko dla Pracownika - Pakiet - Wsparcie dla bliskich za składkę comiesięczną ☐ WB 17,00 zł

Łącznie składka comiesięczna potrącana z mojego wynagrodzenia wynosizł.

OŚWIADCZENIE NALEŻY PODPISĄĆ I ODDAĆ DO **25 DNIA** miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ubezpieczenia do działu Płac - Payroll Shared Service Center w siedzibie spółki. Składka zostanie potrącona począwszy od wynagrodzenia należnego za miesiąc rozpoczęcia obowiązywania ochrony w ubezpieczeniu grupowym. Odwołanie mniejszej zgody wymaga formy pisemnej, złożonej do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc zakończenia/zmiany zakresu ubezpieczenia.

.....**PODPIS PRACOWNIKA**