

Imię:
Nazwisko:
PESEL:

Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
ul. Wojska Polskiego 28
60-637 Poznań
zwany dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEN*

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:

TYP P PLUS:

PRACOWNIK	☐ 69,50 zł	☐ 79,80 zł	☐ 88,90 zł	☐ 99,90 zł	☐ 138,40 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 69,50 zł	☐ 79,80 zł	☐ 88,90 zł	☐ 99,90 zł	☐ 138,40 zł
liczba współubezpieczonych:	.....	.....	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU”:

PRACOWNIK	☐ 11 zł	☐ 21 zł	☐ 31 zł	☐ 47 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 11 zł	☐ 21 zł	☐ 31 zł	☐ 47 zł
liczba współubezpieczonych:	.....	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA”:

PRACOWNIK	☐ 10 zł	☐ 20 zł	☐ 30 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 10 zł	☐ 20 zł	☐ 30 zł
liczba współubezpieczonych:	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „W RAZIE WYPADKU”:

PRACOWNIK	☐ 6,50 zł	☐ 12 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 6,50 zł	☐ 12 zł
liczba współubezpieczonych:	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE DLA BLISKICH”:

PRACOWNIK ☐ 17 zł

PAKIET DODATKOWY „OCHRONA DLA DZIECKA”:

PRACOWNIK	☐ 11 zł	☐ 15 zł	☐ 23 zł	☐ 35 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 11 zł	☐ 15 zł	☐ 23 zł	☐ 35 zł
liczba współubezpieczonych:	.....	.....	.....	.....

PAKIET DODATKOWY „WSPARCIE PO WYPADKU”:

PRACOWNIK	☐ 6 zł	☐ 10,50 zł	☐ 14,50 zł
WSPÓŁUBEZPIECZENI	☐ 6 zł	☐ 10,50 zł	☐ 14,50 zł
liczba współubezpieczonych:	.....	.....	.....

Razem: **

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-838 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.

Data i czytelny podpis pracownika

* Dokument wydany na potrzeby pracodawcy, brak konieczności przysyłania do PZU Życie SA

** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych

Jeśli nie chcesz przystąpić do ubezpieczenia na życie w PZU Życie.

Rezygnacja z grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie S.A.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a przez Pracodawcę o możliwości przystąpienia do Programu Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU Życie S.A.

Niniejszym rezygnuję z możliwości przystąpienia do w/w programu ubezpieczeniowego.

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

Data i czytelny podpis pracownika