

OŚWIADCZENIE ZGODY NA POTRĄCENIE SKŁADKI / SALARY DEDUCTION CONSENT STATEMENT

Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie PZU / PZU Group Life and Health Insurance

Wrocław,
(data / date)

Euroimmun Polska Sp. z o.o.
ul. Widna 2A
50-543 Wrocław
KRS: 0000011824
NIP: 8992364659

Imię i nazwisko pracownika <i>Employee name and surname</i>	
PESEL <i>PESEL (national ID number)</i>	
Data przystąpienia <i>Enrolment date</i>	___ / ___ / _____ r.

ZGODA NA POTRĄCENIE Z WYNAGRODZENIA

Niniejszym upoważniam mojego pracodawcę, Euroimmun Polska Sp. z o.o., do potrącania z mojego miesięcznego wynagrodzenia kwoty na pokrycie wybranego przeze mnie programu ubezpieczeniowego PZU, zgodnie z poniższą tabelą*.

SALARY DEDUCTION AUTHORIZATION

I hereby authorize my employer, Euroimmun Polska Sp. z o.o., to deduct from my monthly salary an amount to cover my PZU insurance program chosen by me in the following table*.

* Zaznacz wybrany program stawiając „X” w pierwszej kolumnie / Choose the Program by marking "X" in the first column

Wybór <i>Choice</i>	Program <i>Program</i>	Wariant <i>Variant</i>	Wartość całkowita <i>Total value</i>	Finansowane przez pracodawcę (kwota opodatkowana z wynagrodzeniem) <i>Covered by employer and taxable amount with salary</i>	Finansowane przez pracownika <i>Covered by Employee</i>
Grupowe Ubezpieczenie na Życie w PZU / Group Life Insurance in PZU					
☐	Ubezpieczenie podstawowe PZU Na Życie Plus — pracownik <i>Basic Sponsored Life Insurance — employee</i>	Wariant 1 / Variant 1	42,50 zł	41,50 zł	1,00 zł
☐	Ubezpieczenie podstawowe PZU Na Życie Plus — dla bliskich (małżonek/partner życiowy, pełnoletnie dziecko) <i>Basic Life Insurance — for family members (spouse/partner, adult child)</i>	Wariant 1 / Variant 1	42,50 zł / os.	0,00 zł	42,50 zł / os.
Pakiety dodatkowe finansowane przez pracownika / Additional packages paid by employee					
☐	Asystent w czasie utraty zdrowia <i>Health Assistance</i>	Wariant 1 / Variant 1	1,25 zł	0,00 zł	1,25 zł
☐	Ochrona dla dziecka <i>Child Package</i>	I / II / III / IV	11,00 / 15,00 / 23,00 / 35,00 zł	0,00 zł	zgodnie z wariantem / as chosen
☐	W Razie Wypadku <i>Accident Package</i>	Podstawowy / Rozszerzony	6,50 / 12,00 zł	0,00 zł	zgodnie z wariantem / as chosen
☐	Wsparcie dla rodziny <i>Family Support Package</i>	I / II / III	5,00 / 10,00 / 15,00 zł	0,00 zł	zgodnie z wariantem / as chosen
☐	Wsparcie na wypadek nowotworu <i>Cancer Support Package</i>	I / II / III / IV	11,00 / 21,00 / 31,00 / 47,00 zł	0,00 zł	zgodnie z wariantem / as chosen
☐	Wsparcie dla Twojego serca <i>Heart Support Package</i>	I / II / III	10,00 / 20,00 / 30,00 zł	0,00 zł	zgodnie z wariantem / as chosen

Informacja: składka podstawowa to 42,50 zł/os. — 1,00 zł finansuje pracownik (potrącenie), 41,50 zł pracodawca. Pracownik może dokupić ten sam pakiet dla bliskiego (małżonek/partner życiowy, pełnoletnie dziecko) — bez dopłaty pracodawcy, cała składka 42,50 zł/os. jest wtedy potrącana z wynagrodzenia.

Note: basic premium is PLN 42.50/person — PLN 1.00 covered by employee (deduction), PLN 41.50 by employer. The employee may purchase the same package for a family member (spouse/partner, adult child) — without employer co-financing; the full PLN 42.50/person premium is then deducted from the salary.

Czytelny podpis pracownika

Signature