

Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Jednostka, w której pracuje:

FRESENIUS MEDICAL CARE POLSKA - SPÓŁKA AKCYJNA
ul. Krzywa 13
60-118 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:

PZU Na Życie Plus składka łączna PRACOWNIK ☐ 67zł ☐ 75zł ☐ 91zł

Składka łączna WSPÓŁUBEZPIECZENI ☐ 67zł liczba osób..... ☐ 75zł liczba osób..... ☐ 91zł liczba osób.....

Ochrona dziecka PRACOWNIK ☐ 10zł ☐ 16zł ☐ 24zł

WSPÓŁUBEZPIECZENI ☐ 10zł liczba osób..... ☐ 16zł liczba osób.....

Wsparcie w razie nowotworu PRACOWNIK ☐ 12zł ☐ 17zł ☐ 29zł

WSPÓŁUBEZPIECZENI ☐ 12zł liczba osób..... ☐ 17zł liczba osób..... ☐ 29zł liczba osób.....

W razie wypadku PRACOWNIK ☐ 6,50zł ☐ 12zł

WSPÓŁUBEZPIECZENI ☐ 6,50zł ☐ 12zł

Razem:**

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy ul. Rondo 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.

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