

Opole,r.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

– SZPITAL WOJEWÓDZKI W OPOLU Sp. z o.o.

Imię i nazwisko pracownika:

PESEL:

Oświadczam wolę przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie na znanych mi warunkach oferowanych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. i wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia/zasiłku składki/składek zgodnie ze złożoną przeze mnie i/lub członka mojej rodziny/partnera życiowego deklaracją/deklaracjami przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie (kwota potrącenia liczona jest jako suma składek wynikająca z ilości osób przystępujących i wybranych wariantów ubezpieczenia).

.....

Czytelny podpis pracownika