**WNIOSEK O DOKONYWANIE WPŁAT**

**Do Udzielającego zmówienia: Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej**

Wypełnij drukowanymi literami

**Imię i nazwisko:** ……

**Pesel:** ……..

**Data wypełnienia:** ……..

**ZOBOWIĄZANIE DO WPŁAT NA RZECZ UDZILAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**
**SKŁADKI NA GRUPOWE UBEZPIECZENIE PZU NA ŻYCIE PLUS**

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie PZU Na Życie Plus zobowiązuję się do wpłaty sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym **do 5 każdego miesiąca** na poniżej podany nr konta:

**69 1090 2037 0000 0001 6449 3631**

→ **Zaznacz wariant** ubezpieczenia wybrany przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Twojej Rodziny zaznacz „x”

| | | Udzielający zamówienia | Małżonek/Partner | Pełnoletnie dzieci | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Wariant I** | **82,00 zł** | | | | | (liczba dzieci) |
| **Wariant II** | **100,00 zł** | | | | | (liczba dzieci) |
| **Wariant III** | **122,00 zł** | | | | | (liczba dzieci) |
| **Wariant IV** | **64,00 zł** | | | | | (liczba dzieci) |
| **Wariant V** | **150,00 zł** | | | | | (liczba dzieci) |

**Pakiety dodatkowe:**

| | Wariant I | Wariant II | Wariant III | Wariant IV |
|---|---|---|---|---|
| **Ochrona dla dziecka** | | | | |
| **Wsparcie na wypadek nowotworu** | | | | |
| **Wsparcie dla Twojego serca** | | | | |
| **Wsparcie dla rodziny** | | | | |
| **W razie Wypadku** | | | | |
| **Wsparcie po wypadku** | | | | |
| **Wsparcie dla bliskich Plus** | | | | |

→ **podpisz ZGODĘ** na potrącenie składki

**Łączna składka do wpłaty za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia _ _ _ _ _ _ _ _zł**

……..

***Czytelny podpis Przyjmującego zamówienia***