Ankieta wyboru wariantu ubezpieczeniowego i zgoda na potrącenie składek
Dla „URZĄD GMINY W GRONOWIE ELBLĄSKIM"

Dla każdego Ubezpieczonego - Pracownika

Imię i nazwisko ……
PESEL ……..
Nr tel. Komórkowego……
Adres e-mail:…….

Zaznacz właściwe – zmiana grupowego ubezpieczenia od 01.12.2026 r.

Ubezpieczenie podstawowe	Składka	Zaznacz właściwe Pracownik	Małżonek/ partner życiowy	Dziecko pełnoletnie** liczba dzieci
Wariant podstawowy	88,00 zł	☐	☐	☐
rozszerzam o opiekę medyczną czyli dostęp do lekarzy specjalistów i badań. Do wyboru 1 z 3 zakresów:				
START	60,22 zł	☐	☐*	☐*
KOMFORT	130,78 zł	☐	☐*	☐*
KOMFORT PLUS	205,54 zł	☐	☐*	☐*

*składka dla współubezpieczonych pomniejszona o 0,25 zł,
**w przypadku opieki medycznej można dodać nieletnie dziecko

Wybieram pakiet dodatkowy -

Pakiety dodatkowe	Składka	Zaznacz właściwe Pracownik	Małżonek/ partner życiowy	Dziecko pełnoletnie liczba dzieci
Wsparcie na wypadek nowotworu - wariant I *	11,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie na wypadek nowotworu - wariant II*	21,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie na wypadek nowotworu - wariant III*	31,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie na wypadek nowotworu - wariant IV *	47,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie dla Twojego serca - wariant I*	10,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie dla Twojego serca - wariant I*	20,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie dla Twojego serca - wariant I*	30,00 zł	☐	☐	☐
Ochrona dla dziecka - wariant I	11,00 zł	☐	☐	☐
Ochrona dla dziecka - wariant II	15,00 zł	☐	☐	☐
Ochrona dla dziecka - wariant III	23,00 zł	☐	☐	☐
Ochrona dla dziecka - wariant IV	35,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie po wypadku plus– wariant I	17,50 zł	☐	☐	☐
Wsparcie po wypadku plus – wariant II	22,00 zł	☐	☐	☐
Wsparcie po wypadku plus – wariant III	25,00 zł	☐	☐	☐
W Razie Wypadku – wariant I	6,50 zł	☐	☐	☐
W Razie Wypadku – wariant II	12,00 zł	☐	☐	☐

*obowiązują karencje zgodnie z OWU i oświadczenie o stanie zdrowia

URZĄD GMINY W GRONOWIE ELBLĄSKIM - WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

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 na życie oferowanego w ramach zorganizowanego przez PZU Życie SA od dnia **01.12.2026** w kwocie (łącznie): …… i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA
W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku

_____
Data i czytelny podpis pracownika

Wypełniamy w przypadku przystąpienia nowej osoby lub aktualizacji danych do cz. życiowej

UBEZPIECZONY: …… (pracownik / współmałżonek / partner / pełnoletnie dziecko)

NAZWISKO.....IMIĘ ……..

PESEL .....

ADRES DO KORESPONDENCJI: .....

.....

DATA ZATRUDNIENIA .....

jeśli ubezpieczonym jest małżonek pracownika – data zawarcia związku małżeńskiego- ……

UPOSAŻENI:

NAZWISKO I IMIĘ .....ILE %.....

PESEL albo miejsce urodzenia i data urodzenia: ……..

NAZWISKO I IMIĘ .....ILE %.....

PESEL albo miejsce urodzenia i data urodzenia: ……..

*Jeśli jesteś w **związku partnerskim** i chcesz otrzymać świadczenia dotyczące małżonka (śmierć małżonka, śmierć rodziców małżonka) wskaż na deklaracji dane swojego partnera życiowego:

IMIĘ…….. NAZWISKO…….

PESEL…… MIEJSCE URODZENIA……..

Potrzebne dane osób współubezpieczonych do opieki medycznej:

1. Imię……..Nazwisko…….
   PESEL……
   Dane do korespondencji ……..
   Rola: dziecko pełnoletnie/ nieletnie dziecko/ małżonek/ partner życiowy

2. Imię……..Nazwisko…….
   PESEL……
   Dane do korespondencji ……..
   Rola: dziecko pełnoletnie/ nieletnie dziecko/ małżonek/ partner życiowy

3. Imię……..Nazwisko…….
   PESEL……
   Dane do korespondencji ……..
   Rola: dziecko pełnoletnie/ nieletnie dziecko/ małżonek/ partner życiowy