

....., dnia..... r.

.....

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....

.....

adres zamieszkania

Oświadczenie w sprawie wyrażenia zgody na dokonanie potrąceń

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody *
na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia zgodnie z poniższą deklaracją.

Oświadczam, że zgadzam się na **comiesięczne** potrącenie z mojego wynagrodzenia, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszelkich innych należności, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowych ubezpieczeń zawartych w zakładzie pracy.

Proszę o dokonanie powyższych potrąceń z wynagrodzenia w kwocie zgodnej z wybranym przeze mnie wariantem ubezpieczenia i aktualną wysokością składki określoną przez ubezpieczyciela:

1. Ubezpieczenie grupowe na życie w zależności od wariantu oferowanego przez PZU (proszę o dokonanie wyboru wariantu poprzez postawienie X w odpowiednim miejscu oraz wpisanie **łącznej** kwoty wynikającej z dokonanego wyboru)

	Wariant I		Wariant II		Wariant III		Wariant IV	
Pracownik/zleceniobiorca	48,80 zł		68,00 zł		83,00 zł		100,00 zł	
Małżonek/partner	48,80 zł		68,00 zł		83,00 zł		100,00 zł	
Pełnoletnie dziecko	48,80 zł		68,00 zł		83,00 zł		100,00 zł	

Kwota łącznie:zł

.....

(podpis)

2. Abonament medyczny (proszę o dokonanie wyboru Wariantu poprzez postawienie X w odpowiednim miejscu oraz wpisanie **łącznej** kwoty wynikającej z dokonanego wyboru)

	Standard		Komfort		Komfort Plus	
Pracownik/zleceniobiorca indywidualnie	10,00 zł		39,00 zł		61,60 zł	
Pakiet partnerski (dopłata do abonamentu medycznego)	34,35 zł		92,05 zł		137,25 zł	
Pakiet rodzinny (dopłata do abonamentu medycznego))	58,10 zł		145,10 zł		212,90 zł	

Kwotazł

2.1 Informujemy, że w przypadku spadku liczby poniżej 2721 osób ubezpieczonych kwoty pakietu wzrosną zgodnie z poniższym zestawieniem.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na dalsze partycypowanie w ubezpieczeniu medycznym w przypadku spadku liczby ubezpieczonych poniżej 2721 osób i na potrącanie z mojego wynagrodzenia wybranej przeze mnie kwoty z poniższej tabeli. (Proszę o wypełnienie i podpisanie poniższego oświadczenia.)

	Standard		Komfort		Komfort Plus	
Pracownik/zleceniobiorca indywidualnie	14,60 zł		45,00 zł		71,70 zł	
Pakiet partnerski (dopłata do abonamentu medycznego)	43,50 zł		104,30 zł		157,70 zł	
Pakiet rodzinny (dopłata do abonamentu medycznego))	72,40 zł		163,60 zł		243,70 zł	

Kwota łącznie:zł

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

3. Dodatkowe ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków PZU (proszę o wpisanie liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia oraz łącznie kwoty wynikającej z dokonanego wyboru).

Pracownik/zleceniobiorca, oraz małżonek, partner, dziecko, rodzice, teściowie	Składka miesięczna za jedną osobę: 5,00 zł	Liczba osób zgłaszanych:.....
---	--	-------------------------------

Kwota łącznie za wszystkie osoby:zł

.....
(podpis)

4. Dodatkowe ubezpieczenie od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Dzieci (proszę o dokonanie wyboru wariantu poprzez postawienie X w odpowiednim miejscu oraz wpisanie łącznie kwoty wynikającej z dokonanego wyboru)

Wyrażam zgodę na jednorazowe potrącenie poniżej wskazanej kwoty:

	Wariant I		Wariant II		Wariant III	
Składka roczna	25,00 zł		40,00 zł		50,00 zł	

Kwota łącznie:zł

.....
(podpis)

5. Dodatkowe ubezpieczenia Pakiet Nowotworowy (proszę o dokonanie wyboru wariantu poprzez postawienie X w odpowiednim miejscu oraz wpisanie łącznie kwoty wynikającej z dokonanego wyboru)

	Wariant I		Wariant II		Wariant III	
Pracownik/zleceniobiorca	23,00 zł		31,00 zł		41,00 zł	
Małżonek/partner	23,00 zł		31,00 zł		41,00 zł	

Kwota łącznie:zł

.....
(podpis)

Zgodnie z aktami wewnętrznymi informujemy, że Spółka dofinansowuje kwotę 14,30 zł (czternaście złotych i trzydzieści groszy) z tytułu abonamentu medycznego PZU Życie SA zawartego w zakładzie pracy.