

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Wypełnij
drukowanymi
literami

Imię i nazwisko:

Pesel:

Data wypełnienia:

ZGODA NA POTRĄCENIE

PRZEZ PRACODAWCĘ Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE GRUPOWE P PLUS WRAZ Z DODATKAMI PZU NA ŻYCIE PLUS

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego grupowego ubezpieczenia w PZU wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym.

SKŁADKA

Pracownik

Małżonek
/ Partner

Pełnoletnie
dzieci

Ilość
dzieci

PAKIET PODSTAWOWY	Wariant I	61,50 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant II	94,50 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant III	64,50 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant IV	69,50 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant V	140,00 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant VI	35 zł	☐	☐	☐	☐

PAKIETY DODATKOWE - PO WYBRANIU PAKIETU PODSTAWOWEGO

OCHRONA DLA DZIECKA	Wariant I	10,00 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant II	16,00 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant III	24,00 zł	☐	☐	☐	☐
WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU	Wariant I	12,00 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant II	17,00 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant III	29,00 zł	☐	☐	☐	☐
W RAZIE WYPADKU	Wariant Podstawowy	6,50 zł	☐	☐	☐	☐
	Wariant Rozszerzony	12,00 zł	☐	☐	☐	☐
OPIEKA MEDYCZNA S	Standard	44,50 zł /44,25 zł	☐	☐	☐	☐
	Komfort	91,10 zł /90,85 zł	☐	☐	☐	☐
	Komfort Plus	143,50 zł /143,25 zł	☐	☐	☐	☐
	Optimum	220,80 zł /220,55 zł	☐	☐	☐	☐

Łączna składka do potrącenia za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia _____ zł

.....
Czytelny podpis Pracownika

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

> **podpisz
ZGODĘ na
potrącenie
składki**