

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(PESEL)

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADEK

za korzystanie z ubezpieczenia grupowego PZU.

I. DLA SIEBIE WYBIERAM PAKIETY:

WARIANT PZU PAKIETY	WARIANT I [składka]	WARIANT II [składka]	WARIANT III [składka]
STANDARDOWY*	<input type="checkbox"/> 0 zł	<input type="checkbox"/> 21,00 zł	<input type="checkbox"/> 44,00 zł
W RAZIE WYPADKU**	<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł	-
WSPARCIE DLA RODZINY**	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,00 zł
OCHRONA DLA DZIECKA**	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł
WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU**	<input type="checkbox"/> 12,00 zł	<input type="checkbox"/> 17,00 zł	<input type="checkbox"/> 29,00 zł
WSPARCIE PO WYPADKU**	<input type="checkbox"/> 6,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,50 zł	<input type="checkbox"/> 14,50 zł

*potrącenie z pkt. Kafeterii ** potrącenie z wynagrodzenia

II. DLA CZŁONKÓW MOJEJ RODZINY WYBIERAM PAKIETY:

WARIANT PZU	WARIANT I [składka]	WARIANT II [składka]	WARIANT III [składka]	DLA KOGO?	LICZBA DZIECI
STANDARDOWY	<input type="checkbox"/> 30,00 zł	<input type="checkbox"/> 51,00 zł	<input type="checkbox"/> 74,00 zł	<input type="checkbox"/> partner/współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko pełnoletnie	
W RAZIE WYPADKU	<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł	-	<input type="checkbox"/> partner/współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko pełnoletnie	
WSPARCIE DLA RODZINY	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,00 zł	<input type="checkbox"/> partner/współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko pełnoletnie	
OCHRONA DLA DZIECKA (niepełnoletniego)	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł	<input type="checkbox"/> partner/współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko pełnoletnie	
WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU	<input type="checkbox"/> 12,00 zł	<input type="checkbox"/> 17,00 zł	<input type="checkbox"/> 29,00 zł	<input type="checkbox"/> partner/współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko pełnoletnie	
WSPARCIE PO WYPADKU	<input type="checkbox"/> 6,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,50 zł	<input type="checkbox"/> 14,50 zł	<input type="checkbox"/> partner/współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko pełnoletnie	

Dane osób, które zgłaszam do ubezpieczenia:

mąż/żona partner/partnerka*

IMIĘ I NAZWISKO	PESEL	PZU																				
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>

dziecko/dzieci niepełnoletnie:

IMIĘ I NAZWISKO	PESEL	PZU																				
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>

dziecko/dzieci powyżej 18 roku życia:

IMIĘ I NAZWISKO	PESEL	PZU																				
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<input type="checkbox"/>

Zsumuj wszystkie wybrane warianty.

Łączna kwota potrącenia to..... zł.

Oświadczam, że:

wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę [art. 91 § 1 k.p.] składek za wybrane warianty ubezpieczenia PZU w łącznej kwocie zł.

powyższa zgoda obowiązuje do czasu złożenia przeze mnie pisemnej rezygnacji z w/w pakietów.

.....
podpis pracownika

* - zaznacz „x” w kratce przy wybranej odpowiedzi