

**FORMULARZ DO OBWIĄZKOWEGO UZUPEŁNIENIA PRZEZ KAŻDEGO PRACOWNIKA  
PRZYSTĘPUJĄCEGO DO UBEZPIECZENIA**

.....  
Nazwisko i imię pracownika (czytelnie)

.....  
miejsowość                      data

.....  
(telefon kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE**

**Zapoznałam/em się z warunkami grupowego ubezpieczenia na życie.**

**(prosimy o zaznaczenie jednej lub dwóch z poniższych opcji)**

Wyrażam chęć przystąpienia do ubezpieczenia grupowego w **PZU Życie SA** przy składce:

50,00 zł             57,00 zł             66,00 zł             78,00zł

Chcę dodatkowo ubezpieczyć **małżonka/partnera lub pełnoletnie dziecko** przy składce:

50,00 zł             57,00 zł             66,00 zł             78,00zł

Nazwisko i imię **małżonka/partnera**.....

50,00 zł             57,00 zł             66,00 zł             78,00zł

Nazwisko i imię **pełnoletniego dziecka**.....

**ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADKI NA DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE GRUPOWE**

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego ubezpieczenia grupowego PZU Życie SA wyrażam zgodę na potrącenie co miesiąc z mojego wynagrodzenia za pracę i zasiłków chorobowych składki ubezpieczenia w wysokości zadeklarowanej przeze mnie powyżej.

.....  
data i własnoręczny podpis pracownika