

....., dnia-.....-.....
(miejscowość)

Dane ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

IDENTYFIKATOR

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ PZU ŻYCIE SA

Zwracam się z uprzejmą prośbą o dokonywanie od dnia-.....-..... następujących comiesięcznych potrąceń z mojego wynagrodzenia:

Warianty podstawowe ubezpieczenia na życie:

- * Wariant 1 - kwoty 89,00 zł x ilość osób
- * Wariant 2 - kwoty 125,00 zł x ilość osób
- * Wariant 3 - kwoty 134,00 zł x ilość osób
- * Wariant 4 - kwoty 143,00 zł x ilość osób
- * Wariant 5 - kwoty 152,00 zł x ilość osób
- * Wariant 6 - kwoty 197,00 zł x ilość osób
- * Wariant 7 - kwoty 166,00 zł x ilość osób

Wariant dodatkowej ochrony życia:

- * kwoty 9,00 zł x ilość osób
- * kwoty 12,00 zł x ilość osób
- * kwoty 17,00 zł x ilość osób

Warianty ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna S – dopłata do wyższego zakresu:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> * kwoty 20,75 zł – pakiet Standard Partnerski | <input type="checkbox"/> * kwoty 149,75 zł – pakiet Komfort Plus Partnerski |
| <input type="checkbox"/> * kwoty 43,50 zł – pakiet Standard Rodzinny | <input type="checkbox"/> * kwoty 237,00 zł – pakiet Komfort Plus Rodzinny |
| <input type="checkbox"/> * kwoty 31,00 zł – pakiet Komfort Indywidualny | <input type="checkbox"/> * kwoty 107,50 zł – pakiet Optimum Indywidualny |
| <input type="checkbox"/> * kwoty 86,75 zł – pakiet Komfort Partnerski | <input type="checkbox"/> * kwoty 239,75 zł – pakiet Optimum Partnerski |
| <input type="checkbox"/> * kwoty 142,50 zł – pakiet Komfort Rodzinny | <input type="checkbox"/> * kwoty 372,00 zł – pakiet Optimum Rodzinny |
| <input type="checkbox"/> * kwoty 62,50 zł – pakiet Komfort Plus Indywidualny | |

Pakiet Onkologiczny

- * kwoty 12,00 zł x ilość osób
- * kwoty 17,00 zł x ilość osób

Pakiet dodatkowej Ochrony dla Dziecka

- * Wariant 1 - kwoty 10,00 zł
- * Wariant 2 - kwoty 16,00 zł
- * Wariant 3 - kwoty 24,00 zł

Pakiet dodatkowy – W Razie Wypadku

- * kwoty 6,50 zł x ilość osób
- * kwoty 12,00 zł x ilość osób

* zaznaczyć i wypełnić właściwe pole

i przekazywania tytułem składki ubezpieczeniowej w terminie do 15-go dnia każdego miesiąca, bezpośrednio na rachunek bankowy prowadzony dla Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na życie SA z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211, w związku z przystąpieniem do **umowy grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie funkcjonującej w ramach programu Policja 5.0**. W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Niniejszym oświadczam, iż anuluję moje wcześniejsze wnioski o dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie w PZU Życie SA.

Funkcjonariusz / Pracownik Policji:

.....
Data i czytelny podpis

-
-
-
-
-
-
-