

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

- każdy pracownik wypełnia część A lub B -

Wrocław , dnia202....r.

Imię i nazwisko pracownika:

PESEL:

A. Oświadczenie o wyborze wariantu ubezpieczenia/ zgoda na potrącenie składki

1. Oświadczam wolę przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie na znanych mi warunkach oferowanego przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. i wybieram wariant ubezpieczenia (zaznaczyć "x" przy wybranym wariantcie ubezpieczenia):

Wariant 1 - składka 56,65 zł Wariant 3 - składka 66,30 zł Wariant 5 - składka 98,50 zł
 Wariant 2 - składka 63,95 zł Wariant 4 - składka 67,65 zł

2. Chcę ubezpieczyć następujących członków rodziny w wybranych wariantach ubezpieczenia (zaznaczyć "x" przy wybranym dla członka rodziny wariantcie ubezpieczenia):

1. Imię i nazwisko członka rodziny:

Wariant 1 - składka 56,65 zł Wariant 3 - składka 66,30 zł Wariant 5 - składka 98,50 zł
 Wariant 2 - składka 63,95 zł Wariant 4 - składka 67,65 zł

2. Imię i nazwisko członka rodziny:

Wariant 1 - składka 56,65 zł Wariant 3 - składka 66,30 zł Wariant 5 - składka 98,50 zł
 Wariant 2 - składka 63,95 zł Wariant 4 - składka 67,65 zł

3. Jednocześnie wyrażam zgodę na dokonywanie przez pracodawcę Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu od 01. 202.... r. w cyklu miesięcznym potrącenia składki za grupowe ubezpieczenie na życie w wysokości zł* z mojego wynagrodzenia/zasiłku.

*kwota potrącenia liczona jako suma składek wynikająca z ilości osób przystępujących i wybranych wariantów ubezpieczenia

.....
data, czytelny podpis pracownika

UWAGA: Warunkiem skutecznego przystąpienia do ubezpieczenia jest złożenie przez pracownika i członka rodziny deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w terminie do 15-go dnia miesiąca poprzedzającego ochronę ubezpieczeniową.

B. Oświadczenie o rezygnacji z zaproponowanej ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowana przez pracodawcę o możliwości przystąpienia do nowego programu grupowego ubezpieczenia na życie. Jednocześnie nie wyrażam chęci skorzystania z powyższej opcji i dobrowolnie rezygnuję z zaproponowanej ochrony ubezpieczeniowej swojego życia i zdrowia oraz mam świadomość, że przystąpienie do ubezpieczenia w późniejszym terminie będzie skutkowało zastosowaniem okresów karencji (ograniczeniem odpowiedzialności PZU Życie SA). W przyszłości nie będę rościł żadnych pretensji do Pracodawcy.

.....
data, czytelny podpis pracownika