

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADKI

Imię i Nazwisko

PESEL

Ubezpieczający: **UNIWERSYTET GDAŃSKI**

W związku z przystąpieniem przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego w **PZU Życie S.A.** wyrażam zgodę, w trybie przepisu art. 91 § 1 Kodeksu pracy, na comiesięczne potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę kwoty składki ubezpieczeniowej w wysokości:

Polisa nr:	Pracownik	Małżonek/Partner	Dorosłe Dziecko	Liczba przystępujących Dorosłych Dzieci
713852833	53,72 zł	53,72 zł	53,72 zł	
713852846	59,61 zł	59,61 zł	59,61 zł	
713852859	73,48 zł	73,48 zł	73,48 zł	
713852891	82,48 zł	82,48 zł	82,48 zł	
713852905	95,80 zł	95,80 zł	95,80 zł	
713852918	110,91 zł	110,91 zł	110,91 zł	

Oznacz swój wybór wstawiając X przy składce

Łączna składka: zł za mnie i Członków mojej Rodziny (w przypadku ich przystąpienia do ubezpieczenia i wypełnienia przez nich Deklaracji Zgody na Objęcie Grupowym Ubezpieczeniem na Życie Dla Członka Rodziny Pracownika Ubezpieczającego).

Ponadto wnoszę o przekazywanie potrącanych składek do **PZU Życie S.A.**

.....
Data i Podpis Pracownika

OŚWIADCZENIE - PRACOWNIK

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego / Pracodawcę o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Życie w **PZU Życie S.A.**

Jednocześnie potwierdzam odbiór dokumentów dotyczących Grupowego Ubezpieczenia na Życie w postaci:

1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia,
2. Materiału Informacyjnego.

Dodatkowo wyrażam zgodę na przekazanie mi na trwałym nośniku (np. płyta CD, dokument w formacie pdf itd.) ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informacji o tym, które postanowienia określają:

- a) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia;
- b) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.

.....
Data i Podpis Pracownika