

**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	<b>53,72 zł</b>	<b>53,72 zł</b>	<b>53,72 zł</b>	
713852846	<b>59,61 zł</b>	<b>59,61 zł</b>	<b>59,61 zł</b>	
713852859	<b>73,48 zł</b>	<b>73,48 zł</b>	<b>73,48 zł</b>	
713852891	<b>82,48 zł</b>	<b>82,48 zł</b>	<b>82,48 zł</b>	
713852905	<b>95,80 zł</b>	<b>95,80 zł</b>	<b>95,80 zł</b>	
713852918	<b>110,91 zł</b>	<b>110,91 zł</b>	<b>110,91 zł</b>	

**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