IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA………………………………………………………

PESEL PRACOWNIKA …………………………………………………………………….

DATA PRZYSTĄPIENIA …………………………………………………………………..

IMIĘ I NAZWISKO MAŁŻONKA / PARTNERA\* …………………………………………………………………………………..…………………

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA\* ………………………………………………………………………………………………………….…………………...

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA\* ………………………………………………………………………………………….…………….….….……………..

**Polskie Towarzystwo Turystyczno – Krajoznawcze**

**Jednostka organizacyjna: ……………………….………………..**

**Oświadczenie Pracownika dotyczące potrącania składek z wynagrodzenia   
w zakresie Grupowego Ubezpieczenia na życie w PZU Życie SA i Opieki Medycznej WARTA ZDROWIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupowe na życie w PZU Życie** | **Składka (zł)** | **Pracownik** | **Małżonek/Partner\*** | **Pełnoletnie Dziecko\*** |
| **Wariant I** | **54,-** |  |  |  |
| **Wariant II** | **60,-** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opieka Medyczna WARTA ZDROWIE** | **Pakiet** | **Składka (zł)** | **Wybór Pracownika** |
| ***Zakres ROZSZERZONY***  *WARTA ZDROWIE* | **Indywidualny** | **110,-** |  |
| **Partnerski – 2 osoby** | **218,-** |  |
| **Rodzinny – cała rodzina** | **339,-** |  |
| ***Zakres KOMFORTOWY***  *WARTA ZDROWIE* | **Indywidualny** | **170,-** |  |
| **Partnerski – 2 osoby** | **346,-** |  |
| **Rodzinny – cała rodzina** | **520,-** |  |
| ***Zakres PREMIUM***  *WARTA ZDROWIE* | **Indywidualny** | **263,-** |  |
| **Partnerski – 2 osoby** | **508,-** |  |
| **Rodzinny – cała rodzina** | **782,-** |  |

**SUMA składek za wszystkie osoby w Ubezpieczeniu Grupowym i Opiece Medycznej : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę co miesiąc z mojego wynagrodzenia za pracę sumy składek ubezpieczeniowych należnych z tytułu wybranego przeze mnie oraz wybranego przez mojego małżonka/partnera i/lub pełnoletnie dziecko/dzieci (o ile przystępują do danej umowy ubezpieczenia) Wariantu i/lub Pakietów dodatkowych i przekazywanie ich na konto: 57 1500 1546 1215 4007 0763 0000 Bank Zachodni WBK S.A. 14 Oddział w Łodzi, ul. Wólczańska 178, 90-530 Łódź.

Miesięczne rozliczenie wpłaconych składek z PZU Życie SA i TU na Życie WARTA SA dla wszystkich Oddziałów prowadzi BBU „Maxima Fides” Sp. z o.o.

………………………………………………………………..

Podpis pracownika

\*wypełniamy, jeśli dotyczy