

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(miejscowość i data)

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

OŚWIADCZENIE
pracownika w zakresie ubezpieczenia grupowego na życie

Ja (imię i nazwisko) oświadczam, że*:

1.	wyrażam zgodę na przystąpienie od dnia 01.02.2024 r. 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/opcjonalnie pakiecie dodatkowym): ☐ W1 – 62,60 zł ☐ W2 – 74,60 zł ☐ W3 – 54,90 zł ☐ W4 – 118,00 zł Wybieram pakiet dodatkowy PZU w Razie Wypadku "WRW": ☐ Wariant I – 6, 50 zł ☐ Wariant II – 12 zł Wybieram dodatkowy pakiet onkologiczny: ☐ Wariant I - 12 zł ☐ Wariant II - 17 zł ☐ Wariant skumulowany – 29 zł	WYBÓR WARIANTU UBEZPIECZENIA	
2.	Chcę ubezpieczyć następujących członków rodziny w wybranych wariantach ubezpieczenia (zaznaczyć "x" przy wybranym dla członka rodziny wariantcie ubezpieczenia/opcjonalnie pakiecie dodatkowym): 1. Imię i nazwisko członka rodziny: ☐ W1 – 62,60 zł ☐ W2 – 74,60 zł ☐ W3 – 54,90 zł ☐ W4 – 118,00 zł Wybieram pakiet dodatkowy PZU w Razie Wypadku "WRW": ☐ Wariant I – 6, 50 zł ☐ Wariant II – 12 zł Wybieram dodatkowy pakiet onkologiczny: ☐ Wariant I - 12 zł ☐ Wariant II - 17 zł ☐ Wariant skumulowany – 29 zł		
	2. Imię i nazwisko członka rodziny: ☐ W1 – 62,60 zł ☐ W2 – 74,60 zł ☐ W3 – 54,90 zł ☐ W4 – 118,00 zł Wybieram pakiet dodatkowy PZU w Razie Wypadku "WRW": ☐ Wariant I – 6, 50 zł ☐ Wariant II – 12 zł Wybieram dodatkowy pakiet onkologiczny: ☐ Wariant I - 12 zł ☐ Wariant II - 17 zł ☐ Wariant skumulowany – 29 zł		
☐	wyrażam zgodę na potrącanie od dnia z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat, składki ubezpieczeniowej w wysokości zł (należy podać sumę składek z wybranych opcji za siebie i członków rodziny)		Pracownik – umowa o pracę
☐	zobowiązuję się do terminowego przekazywania składki ubezpieczeniowej w wysokości zł do 10-go dnia miesiąca, za który należna jest składka na wskazany przez Pracodawcę numer konta bankowego (należy podać sumę składek z wybranych opcji za siebie i członków rodziny) . Mam świadomość, że zwłoka w przekazywaniu składki wynosząca 15 dni od terminu wskazanego powyżej, traktowana będzie jako rezygnacja z ubezpieczenia grupowego na życie od 1. dnia kolejnego miesiąca. Rezygnacja nie zwalnia mnie z obowiązku uregulowania składki za miesiąc, w którym powstała zaległość. W przypadku zwłoki w opłacie składki, wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny pod numerem telefonu: W przyszłości nie będę rościł żadnych pretensji do Pracodawcy.		

.....
imię i nazwisko pracownika (podpis)

* proszę zaznaczyć „X” w wybranej opcji

UWAGA: Warunkiem skutecznego przystąpienia do ubezpieczenia jest wypełnienie przez pracownika i członka rodziny pracownika nowej deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i skuteczne przekazanie wypełnionych oraz podpisanych deklaracji przystąpienia wraz z niniejszym oświadczeniem w ustalonym terminie poprzedzającym miesiąc rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej