OŚWIADCZENIE

(prosimy o **czytelne** wypełnienie oświadczenia)

**Imię i nazwisko pracownika** …………………………………………………….……………………..

□ wyrażam zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego na życie w PZU Życie S.A. oraz wyrażam zgodę na potrącanie przez PUM w Szczecinie z mojego wynagrodzenia składek
na ubezpieczenie grupowe.

**Prosimy o dokonanie wyboru poprzez zaznaczenie odpowiedniej kratki wpisując znak X**

Poniższe kwoty, są składkami opłacanymi przez pracownika i potrącane są z jego wynagrodzenia. Składka za członków rodziny również jest potrącana z wynagrodzenia pracownika.

**Pakiet podstawowy Wariant I** – **składka 55,00 zł**

□ pracownik - 55,00 zł □ małżonek/partner życiowy – 55,00 zł □ pełnoletnie dziecko – 55,00 zł

**Pakiet podstawowy Wariant II** - **składka 65,00 zł**

□ pracownik - 65,00 zł □ małżonek/partner życiowy – 65,00 zł □ pełnoletnie dziecko – 65,00 zł

**Pakiet podstawowy Wariant III** - **składka 75,00 zł**

□ pracownik - 75,00 zł □ małżonek/partner życiowy – 75,00 zł □ pełnoletnie dziecko – 75,00 zł

**Pakiet podstawowy Wariant IV** - **składka 85,00 zł**

□ pracownik - 85,00 zł □ małżonek/partner życiowy – 85,00 zł □ pełnoletnie dziecko – 85,00 zł

**Pakiet dodatkowy Wsparcie onkologiczne** - **składka 17,00 zł**

□ pracownik - 17,00 zł □ małżonek/partner życiowy – 17,00 zł □ pełnoletnie dziecko – 17,00 zł

 **Pakiet dodatkowy Dodatkowa ochrona życia** **Wariant I** – **składka 6,50 zł**

□ pracownik - 6,50 zł □ małżonek/partner życiowy – 6,50 zł □ pełnoletnie dziecko – 6,50 zł

**Pakiet dodatkowy Dodatkowa ochrona życia** **Wariant II** – **składka 12,00 zł**

□ pracownik - 12,00 zł □ małżonek/partner życiowy – 12,00 zł □ pełnoletnie dziecko – 12,00 zł

 **Pakiet dodatkowy Ochrona dla dziecka** - **składka 16,00 zł**

□ pracownik - 16,00 zł

Wybór wariantu dla członka rodziny jest swobodny, istnieje możliwość wyboru jednego z 4 wariantów bez względu jaki wariant został wybrany przez pracownika.

□ nie wyrażam zgody na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego na życie PZU Życie S.A.

**….……………………………………………………………………………..**

**Data i czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia**

Wypełnione Oświadczenie należy złożyć do **10 dnia m-ca poprzedzającego** przystąpienie
do ubezpieczenia w Dziale Płac PUM ul. Rybacka 1, pok. 230.

Prosimy o czytelne wypełnienie oraz podanie wszystkich poniższych danych.

**Dane ubezpieczonego pracownika:**

**Imię i Nazwisko…………………………………………………………………Drugie imię……………………………………**

**PESEL …………………………………………………………………………….…Obywatelstwo………………………………**

**Miejsce Urodzenia ………………………………………………………………………………………………………………….**

**Imię Ojca …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………**

**Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres e-mail** (podanie maila wiąże się z wyrażeniem zgody na założenie przez PZU dedykowanego konta elektronicznego,
na które mogą Państwo otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia) **………………………………………………………………………………………………………………………………………..………**

**Data zatrudnienia ……………………………**

**Rodzaj stosunku prawnego:**

[ ] umowa o pracę [ ] umowa zlecenie [ ] umowa o dzieło [ ] doktorant

**Osoba uposażona** (osoba, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, można wskazać kilka) **imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, pełny adres: % świadczenia**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Wyznaczam partnera życiowego** (wyznaczenie partnera życiowego jest podstawą do wypłacenia świadczenia z tytułu zgonu partnera życiowego oraz zgonu rodziców partnera życiowego) Uwaga: współmałżonek nie jest tożsamy z partnerem życiowym

**imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, pesel:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Dodatkowo do ubezpieczenia grupowego doubezpieczam współmałżonka, partnera życiowego lub pełnoletnie dziecko (dodatkowa składka za każdego członka rodziny)**

[ ] współmałżonka, [ ]  partnera życiowego [ ] pełnoletnie dziecko – liczba dzieci……(proszę wpisać)

**Dane współmałżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka:**

**Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Miejsce Urodzenia …………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Data zawarcia związku małżeńskiego (współmałżonek) ………………………………………………………………….**

**Data ukończenia 18 roku życia (dziecko) ……………………………………………………………………………………….**

**Osoba uposażona (imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, pełny adres % świadczenia ) :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Uwaga**: osoby dotychczas nieubezpieczone nie mogą przystąpić do ubezpieczenia jeżeli w dniu podpisania deklaracji przystąpienia przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz uznano

w stosunku do nich niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.