



WNIOSEK – OPIEKA MEDYCZNA

Wnoszę o objęcie mnie dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w zakresie zgodnym z wybranym **pakiem medycznym PZU**: (*zaznacz wybrany wariant*):

STANDARD

- ☐ **INDYWIDUALNY** (składka pracodawca: 30zł, składka pracownik: 2,30 zł)
- ☐ **PARTNERSKI** (składka pracodawca: 30zł, składka pracownik: 34,30 zł)
- ☐ **RODZINNY** (składka pracodawca: 30zł, składka pracownik: 66,40 zł)

KOMFORT

- ☐ **INDYWIDUALNY** (składka pracodawca: 50zł, składka pracownik: 9,30 zł)
- ☐ **PARTNERSKI** (składka pracodawca: 50zł, składka pracownik: 68,30 zł)
- ☐ **RODZINNY** (składka pracodawca: 50zł, składka pracownik: 127,30 zł)

Dane dotyczące ubezpieczonego	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres do korespondencji	
Kod pocztowy, miejscowość	
Ulica, Nr domu	
Poczta	
Tel. komórkowy	
E-mail	
Dane męża/żony/partnera ubezpieczonego	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres do korespondencji	
Kod pocztowy, miejscowość	
Ulica, Nr domu	
Poczta	
Tel. komórkowy	
E-mail	
Dane dziecka/dzieci ubezpieczonego lub partnera	
Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
Adres do korespondencji	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Ulica, Nr domu	
Poczta	
Tel. komórkowy	
E-mail	



Grupa Nowa Farmacja sp. z o.o. | ul. Transportowa 20 | 15-399 Białystok

NIP 5272737792 | REGON 361643244

S.R. w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy KRS 0000560655, Kapitał zakładowy: 19.671.750 zł

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

Jednocześnie wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia: Opieka Medyczna:

kwota zł* (słownie), polisa nr
709556873

i przekazywania ww. kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

.....

Data i czytelny podpis pracownika