**FORMULARZ PRZYSTĄPIENIA**

……………………………………………………………………………………………..

Imię i Nazwisko Pracownika UMCS, Jednostka organizacyjna

Nr telefonu (do kontaktu)…………………………………

Wybieram:

* **WARIANT I –** składka 54 zł
* **WARIANT II –** składka 62 zł
* **WARIANT III –** składka 68 zł
* **Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek choroby**– składka 13,63 zł
* Nie jestem zainteresowany ubezpieczeniem

Dla współmałżonka wybieram:

* **WARIANT I –** składka 54 zł
* **WARIANT II –** składka 62 zł
* **WARIANT III –** składka 68 zł
* **Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek choroby**– składka 13,63 zł
* Nie jestem zainteresowany ubezpieczeniem dla współmałżonka

Dla pełnoletniego dziecka - liczba dzieci……. (proszę wpisać) wybieram:

* **WARIANT I –** składka 54 zł
* **WARIANT II –** składka 62 zł
* **WARIANT III –** składka 68 zł
* **Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek choroby**– składka 13,63 zł
* Nie jestem zainteresowany ubezpieczeniem dla dzieci

Data…………………………...…….. Podpis pracownika……………………………………………

Ubezpieczenie **Opieka Medyczna**

Wybieram:

* **STANDARD**
* **KOMFORT**
* **KOMFORT PLUS**

W pakiecie:

* **Indywidualnym** (pracownik)
* **Partnerskim** (pracownik + 1 członek rodziny)
* **Rodzinnym** (pracownik + 2 i więcej członków rodziny)
* Nie jestem zainteresowany

\* Członkiem rodziny może być współmałżonek/ partner życiowy i/lub dzieci do 25 r.ż.

Data………………….………….. Podpis pracownika………………………………………

Jeśli chcesz dołączyć do ubezpieczenia członków swojej rodziny  
 potrzebujemy poniższych danych:

* Rodzaj ubezpieczenia, wariant:…………………………………………………….
* Pokrewieństwo (dziecko, małżonek/partner życiowy)………………………
* Imię (Imiona)……………………………………………………………………………..
* Nazwisko…………………………………………………………………………………….
* Data urodzenia…………………………………………………………………………….
* Miejsce urodzenia……………………………………
* Pesel……………………………………………………..
* Adres do korespondencji……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

* Telefon…………………………………………………..
* E-mail……………………………………………………..

W przypadku ubezpieczenia na życie i następstw nieszczęśliwych wypadków:

dane Uposażonych na wypadek śmierci Współubezpieczonego:

* Nazwisko i imię…………………………………………………………………………..
* Data i miejsce urodzenie……………………………………………………………...
* Adres do korespondencji………………………………………………………………

Na pytania odpowiedzą pracownicy **Biura Płac pok.905-908**

Ewa Kwiatkowska, Kamil Szwajgier: 81 537 53 95, Anna Banaszek: 81 537 54 01, Marzena Dudkowska,

Agnieszka Kozak: 81 537 54 21, Małgorzata Lewtak, Aneta Kusyk, Alicja Garbacz: 81 537 57 54,

Ewa Bąk 81 537 57 05, Karolina Kozłowska: 81 537 53 22