**FORMULARZ PRZYSTĄPIENIA DO OPIEKI MEDYCZNEJ**

……………………………………………………………………………………………..

Imię i Nazwisko Pracownika

Nr telefonu (do kontaktu)…………………………………mail:…………………………………………….

Miejsce urodzenia……………………………………Pesel………………………………………………………

Adres do korespondencji…………………………………………………………………………………………

 …………………………………….………………………………………………………..……………………………

Wybieram:

* **STANDARD** Indywidualny – 28,20zł
* **STANDARD** Partnerski **–** 56,15zł
* **STANDARD** Rodzinny – 84,10zł
* **KOMFORT** Indywidualny – 61,40zł
* **KOMFORT** Partnerski – 122,55zł
* **KOMFORT** Rodzinny –183,70zł
* **KOMFORT PLUS** Indywidualny – 104,60zł
* **KOMFORT PLUS** Partnerski – 208,95zł
* **KOMFORT PLUS** Rodzinny – 316,30zł
* Nie jestem zainteresowany

**Indywidualny** (pracownik)

**Partnerski** (pracownik + 1 członek rodziny)

**Rodzinny** (pracownik + małżonek/partner i dzieci bez względu na ilość)

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

Niniejszym 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 Opieki Medycznej i przekazywania ww. kwoty do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, 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………………….………….. Podpis pracownika………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………