

.....
Imię, Nazwisko.....
PESEL**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, iż **zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o możliwości skorzystania z ochrony w zakresie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego** pomiędzy:

TOWARZYSTWEM UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH POLSKIM ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH (TUW PZUW) z siedzibą w Warszawie przy ulicy Ogrodowej 58, 00-876 Warszawa a ZZ Celkas w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników i funkcjonariuszy Izby Administracji Skarbowej we Wrocławiu **obowiązujących od 1 lipca 2026 r., a także miałem/am możliwość zapoznania się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.**

Oświadczam również, iż:

- 1) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą grupowego ubezpieczenia w TUW PZUW od 1 20.... roku** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

	Nazwa zakresu	Pakiet	Składka
☐	STANDARD	indywidualny	77,50 zł
☐	STANDARD	partnerski	155 zł
☐	STANDARD	rodzinny	232,50 zł
☐	KOMFORT	indywidualny	146,50 zł
☐	KOMFORT	partnerski	292,50 zł
☐	KOMFORT	rodzinny	439 zł
☐	KOMFORT Plus	indywidualny	287 zł
☐	KOMFORT Plus	partnerski	574 zł
☐	KOMFORT Plus	rodzinny	861 zł
☐	OPTIMUM	Indywidualny	404,50 zł
☐	OPTIMUM	partnerski	809 zł
☐	OPTIMUM	rodzinny	1 213,50 zł

- ☐ 2) **nie wyrażam zgody na objęcie mnie ofertą grupowego ubezpieczenia w TUW PZUW od 20.... roku.**
W przypadku zmiany decyzji złożę pisemną informację u Pracodawcy wraz z wymaganymi dokumentami uprawniającymi do objęcia mnie ubezpieczeniem.

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącenie z mojego wynagrodzenia składki w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto **TUW PZUW** w związku z przystąpieniem do oferty grupowego ubezpieczenia zdrowotnego od 20.... roku.

.....
Data i podpis pracownika**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji wskazanych w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2025, poz. 1526), w formie skorowidza do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

.....
Data i podpis pracownika**POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD UBEZPIECZAJĄCEGO**

Oświadczam, że otrzymałem/-am informację, o których mowa:

- w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2025 poz. 1526) w formie skorowidza do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na trwałym nośniku;
- w art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2025 poz. 1526); tj. informacje o pełnym kształcie umowy ubezpieczenia w **TUW PZUW**,
- w art. 18 ust. 4 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2025 poz. 1526); o przysługującym ubezpieczonemu prawie oraz sposobie składania reklamacji wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów (umieszczone w OWU).

.....
Data i podpis pracownika