

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ ZA GRUPOWE UBEZPIECZENIE PAKIET SZPITAL

Imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Adres korespondencyjny

Nazwa zatrudniającego

W związku z przystąpieniem przeze mnie do grupowego ubezpieczenia Pakiet Szpital, obsługiwanego przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A., proszę o potrącanie miesięcznych składek z należnego mi wynagrodzenia, począwszy od miesiąca _____ (miesiąc, rok) za:

1. moje ubezpieczenie w wysokości _____ zł, słownie: _____ złotych,
2. ubezpieczenia mojego małżonka / partnera / pełnoletniego dziecka w liczbie _____ w łącznej kwocie _____ zł, słownie _____ złotych,

i przekazywanie ww. składek w łącznej kwocie _____ zł, w terminie do 5-go dnia każdego miesiąca bezpośrednio na rachunek bankowy wskazany we wniosku-polisie grupowego ubezpieczenia Pakiet Szpital.

W przypadku jakichkolwiek zmian dotyczących powyższego wniosku zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wysokości nowej składki ubezpieczeniowej lub nowym numerze rachunku bankowego.

Miejscowość, data

Podpis wnioskującego