

KARTA WYBORU PAKIETU MEDYCZNEGO w TU ZDROWIE

PROSZĘ WPISAĆ SVOJE DANE (drukowanymi literami)

PRACOWNIK:

Imię i nazwisko / data urodzenia,

PRACOWNIK

PESEL

telefon kontaktowy

PROSZĘ ZAZNACZYĆ „X” PONIŻEJ WYBRANEGO PAKIETU

SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA WYBRANY
WARIANT I OPCJĘ UBEZPIECZENIA

ZDROWIE B

ZDROWIE C

ZDROWIE D

Koszt pakietu indywidualnego

28* zł

☐

61 zł

☐

90 zł

☐

Koszt pakietu partnerskiego –
1+1 DOPLATA

28 zł

☐

61 zł

☐

90 zł

☐

Koszt pakietu rodzinnego -
DOPLATA

56 zł

☐

122 zł

☐

180 zł

☐

* Składka 28 zł – opcja indywidualna jest zawarta w składce grupowego ubezpieczenia na życie TUnŻWARTA SA W WARIANTACH 2,4,5,6,9

PROSZĘ PODAĆ DANE CZŁONKÓW RODZINY PRZYSTĘPUJĄCYCH DO PAKIETU:

(Proszę wypełniać drukowanymi literami)

1 CZŁONEK RODZINY: Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy, stopień pokrewieństwa

2 CZŁONEK RODZINY: Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy, stopień pokrewieństwa

3 CZŁONEK RODZINY: Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy, stopień pokrewieństwa

4 CZŁONEK RODZINY: Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy, stopień pokrewieństwa

5 CZŁONEK RODZINY: Imię i nazwisko, PESEL, tel. kontaktowy, stopień pokrewieństwa

Wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat z tytułu zatrudnienia (w tym z świadczeń związanych z chorobą lub macierzyństwem) co miesiąc składki w wysokości zł [wpisać łączną kwotę finansowaną przez pracownika], z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w wybranym przeze mnie powyżej wariantcie i opcji.

Data i czytelny Podpis Pracownika