_____ Miejscowość _____, dnia _____

(Nazwisko i imię)

_____

(Identyfikator funkcjonariusza / pracownika)

_____

(Jednostka /Komenda Policji)

OŚWIADCZENIE o przystąpieniu i potrąceniu składek do ubezpieczenia Policja 2026

Oświadczam, że **wyrażam zgodę na potrącanie** z przysługującego mi uposażenia/wynagrodzenia* tytułem opłacenia

- składki za ubezpieczenie grupowe na życie w **TUnŻ WARTA SA** (należy wpisać w tabelce składkę za wybrany wariant podstawowy od 1-10 z opieką medyczna lub bez OM)
- składki za opiekę medyczną w **TU ZDROWIE** (należy wpisać w tabelce składkę za wybrany **PAKIET C lub D** indywidualny / partnerski lub rodzinny. W przypadku wyboru jednego z **Wariantów TUnŻ WARTA SA (2,4,5, 6 ,9)** składka 28 PLN za **PAKIET B** indywidualny ubezpieczonego została uwzględniona w składce ubezpieczenia grupowego)

PRACOWNIK/ FUNKCJONARIUSZ	**WARIANT i PAKIET DODATKOWY**	**SKŁADKA w PLN**	**CZŁONEK RODZINY**	**WARIANT i PAKIET DODATKOWY**	**SKŁADKA w PLN**	**CZŁONEK RODZINY**	**WARIANT i PAKIET DODATKOWY**	**Składka W PLN**	**CZŁONEK RODZINY**	**WARIANT i PAKIET DODATKOWY**	**Składka W PLN**
TUnŻ WARTA S.A.			**TUnŻ WARTA S.A.**			**TUnŻ WARTA S.A.**			**TUnŻ WARTA S.A.**		
	WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ			WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ			WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ			WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ	
	WARIANT BEZ OM			WARIANT BEZ OM			WARIANT BEZ OM			WARIANT BEZ OM	
	PAKIET TELEZDROWIE			PAKIET TELEZDROWIE			PAKIET TELEZDROWIE			PAKIET TELEZDROWIE	
	PAKIET KARDIOLOGICZNY			PAKIET KARDIOLOGICZNY			PAKIET KARDIOLOGICZNY			PAKIET KARDIOLOGICZNY	
	PAKIET ONKOLIGICZNY			PAKIET ONKOLIGICZNY			PAKIET ONKOLIGICZNY			PAKIET ONKOLIGICZNY	
	PAKIET AKTYWNI			PAKIET AKTYWNI			PAKIET AKTYWNI			PAKIET AKTYWNI	
	PAKIET DZIECKO			PAKIET DZIECKO			PAKIET DZIECKO			PAKIET DZIECKO	
	PAKIET WYPADEK			PAKIET WYPADEK			PAKIET WYPADEK			PAKIET WYPADEK	
	PAKIET DLA RODZICÓW			PAKIET DLA RODZICÓW			PAKIET DLA RODZICÓW			PAKIET DLA RODZICÓW	
OPIEKA MEDYCZNA W TU ZDROWIE	ZDROWIE B partnerski/ rodzinny		**OPIEKA MEDYCZNA W TU ZDROWIE**	ZDROWIE B /partnerski/ rodzinny		**OPIEKA MEDYCZNA W TU ZDROWIE**	ZDROWIE B /partnerski/ rodzinny		**OPIEKA MEDYCZNA W TU ZDROWIE**	ZDROWIE B /partnerski/ rodzinny	
Pakiet dodatkowy	ZDROWIE C		Pakiet dodatkowy	ZDROWIE C		Pakiet dodatkowy	ZDROWIE C		Pakiet dodatkowy	ZDROWIE C	
Pakiet dodatkowy	ZDROWIE D		Pakiet dodatkowy	ZDROWIE D		Pakiet dodatkowy	ZDROWIE D		Pakiet dodatkowy	ZDROWIE D	
Suma składek do potrącenia	**RAZEM***		**RAZEM***			**RAZEM***			**RAZEM***		

Suma składek do potrącenia za ubezpieczonego i współubezpieczonych (członków rodziny) **RAZEM** _____* PLN

Proszę o dokonanie pierwszego potrącenia składki ubezpieczeniowej **należnej za miesiąc** _____2026 roku.

_____

(data i czytelny podpis funkcjonariusza/ pracownika* składającego oświadczenie)

Jednocześnie, oświadczam że z dniem _____ **rezygnuję** z dotychczasowego ubezpieczenia grupowego na życie dla funkcjonariuszy i pracowników Policji ulokowanego w Towarzystwie Ubezpieczeniowym _____i proszę o zaprzestanie potrącania wszystkich składek z tego tytułu z mojego wynagrodzenia / uposażenia.

Zostałem/am poinformowany/a* ,iż rezygnacja nastąpi z końcem miesiąca, za który potrącono mi z wynagrodzenia ostatnią należna składkę.

_____ **2026**

(data i czytelny podpis funkcjonariusza/ pracownika* składającego oświadczenie) *niepotrzebne skreślić