

KOWALSKI JAN

(Nazwisko i imię)

2345

(Identyfikator funkcjonariusza / pracownika)

KOMENDA MIEJSKA POLICJI W LESZNE

(Jednostka /Komenda Policji)

Miejscowość LESZNO , dnia 13.01.2026

OŚWIADCZENIE o przystąpieniu i potrąceniu składek do ubezpieczenia Policja 2026

WZÓR

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 medyczną 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 MAŁOŻNEK/PARTNER	WARIANT i PAKIET DODATKOWY	SKŁADKA w PLN	CZŁONEK RODZINY PEŁNOLETNIE DZIECKO	WARIANT i PAKIET DODATKOWY	Składka W PLN	CZŁONEK RODZINY PEŁNOLETNIE DZIECKO	WARIANT i PAKIET DODATKOWY	Składka W PLN
TUnŻ WARTA S.A.			TUnŻ WARTA S.A.			TUnŻ WARTA S.A.			TUnŻ WARTA S.A.		
Funkcjonariusz	WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ	125		WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ			WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ			WARIANT Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ	
	WARIANT BEZ OM		Partner	WARIANT BEZ OM	83	Pełnoletnie dziecko	WARIANT BEZ OM	67		WARIANT BEZ OM	
	PAKIET TELEZDROWIE			PAKIET TELEZDROWIE			PAKIET TELEZDROWIE			PAKIET TELEZDROWIE	
	PAKIET KARDIOLOGICZNY			PAKIET KARDIOLOGICZNY	20		PAKIET KARDIOLOGICZNY			PAKIET KARDIOLOGICZNY	
	PAKIET ONKOLOGICZNY	20		PAKIET ONKOLOGICZNY			PAKIET ONKOLOGICZNY	20		PAKIET ONKOLOGICZNY	
	PAKIET AKTYWNI			PAKIET AKTYWNI			PAKIET AKTYWNI			PAKIET AKTYWNI	
	PAKIET DZIECKO	15		PAKIET DZIECKO			PAKIET DZIECKO			PAKIET DZIECKO	
	PAKIET WYPADEK			PAKIET WYPADEK			PAKIET WYPADEK			PAKIET WYPADEK	
	PAKIET DLA RODZICÓW	10		PAKIET DLA RODZICÓW			PAKIET DLA RODZICÓW			PAKIET DLA RODZICÓW	
OPIEKA MEDYCZNA W TU ZDROWIE	ZDROWIE B partnerski/ rodzinny	56	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*	226	RAZEM*		103	RAZEM*		87	RAZEM*		

Suma składek do potrącenia za ubezpieczonego i współubezpieczonych (członków rodziny) RAZEM 416 PLN

Proszę o dokonanie pierwszego potrącenia składki ubezpieczeniowej **należnej za miesiąc MARZEC _2026** roku.

Kowalski Jan

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

Jednocześnie, oświadczam że z dniem 13.01.2026 **rezygnuję** z dotychczasowego ubezpieczenia grupowego na życie dla funkcjonariuszy i pracowników Policji ulokowanego w Towarzystwie Ubezpieczeniowym **PZU Życie SA** 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 należną składkę **za miesiąc luty 2026**

Kowalski Jan

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