

Imię

Nazwisko

PESEL

***zaznaczyć właściwe pola**

Z tytułu przystąpienia do ubezpieczenia:

* małżonka/partnera.....
(Imię i nazwisko)

* pełnoletniego dziecka.....
(Imię i nazwisko)

*
(Imię i nazwisko)

**Organizacja Zakładowa NSZZ „Solidarność” nr
1070 region Mazowsze pracowników SZPZLO
Warszawa Bemowo-Włochy
zwany dalej Pracodawcą**

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEN

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia:

1. * **NA ŻYCIE** polisa nr 940282027

	63,30 zł	79,30 zł
PRACOWNIK		
WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER		
PEŁNOLETNIE DZIECKO		
...		

***Proszę o zaznaczenie właściwego pola**

2. * wraz z **PAKIETEM DODATKOWYM**

	Wsparcie po wypadku			W razie WYPADKU (WRW)		Ochrona dla Dziecka			Wsparcie w razie nowotworu		Wsparcie dla Rodziny		
	940282128			940282144		940282069			940282098	940282102	940282072		
	6 zł	10,50 zł	14,50 zł	6,50 zł	12 zł	10 zł	16 zł	24 zł	12 zł	17 zł	5 zł	10 zł	15 zł
PRACOWNIK													
WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER													
PEŁNOLETNIE DZIECKO													
PEŁNOLETNIE DZIECKO													

***Proszę o zaznaczenie właściwego pola**

.....
Data i czytelny podpis Pracownika