

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki**
wariant I – PNŻ Plus	
Wariant II – PNŻ Plus	
Wariant III – PNŻ Plus	
Pakiet W Razie Wypadku	
Pakiet Wsparcie na wypadek nowotworu	
Wsparcie dla Rodziny	
Wsparcie po wypadku	
Ochrona dla dziecka	

.....

Data i czytelny podpis pracownika

*** Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.**

**** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.**