

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....

ul.

.....

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA 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:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki**	Polisa/polis nr
PZU NA ŻYCIE PLUS (jeden wariant do wyboru) WARIANT I – 65,00 zł WARIANT II – 65,00 zł WARIANT III – 120,00 zł WARIANT IV – 150,00 zł		940296369
PZU NA ŻYCIE PLUS – PAKIET DODATKOWA OCHRONA DLA DZIECKA (jeden wariant do wyboru) WARIANT I – 10,00 zł WARIANT II – 16,00 zł WARIANT III – 24,00 zł		940296372
PZU NA ŻYCIE PLUS - PAKIET ONKOLOGICZNY WARIANT I – 12,00 zł WARIANT II – 17,00 zł WARIANT SKUMULOWANY (I+II) – 29,00 zł		940296385 940296402

Data i czytelny podpis pracownika

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

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