

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

INSTYTUT MATKI I DZIECKA

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia

Nr polisy	Kwota składki za 1 osobę	Pracownik (wpisz cyfrę "1" w wybranej pozycji)	Liczba członków rodziny objętych ubezpieczeniem	Razem kwota
POLISA PODSTAWOWA – polisa 940304110				
WARIANT I	75			
WARIANT II	85			
WARIANT III	100			
UBEZPIECZENIE DODATKOWE PZU W RAZIE WYPADKU	12			
PAKIET DODATKOWY OCHRONA DLA DZIECKA – polisa 940304022				
WARIANT I	10			
WARIANT II	16			
WARIANT III	24			
PAKIET DODATKOWY WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – można przystąpić do dwóch wariantów jednocześnie				
WARIANT I podstawowy – polisa 940304064	12			
WARIANT II podstawowy Plus – polisa 940304107	17			
Łączna kwota składki**				

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-133 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211. W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

.....
Data i czytelny podpis pracownika

* Dokument wydany na potrzeby pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA
** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.