

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

„INTERPRINT POLSKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

### **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, począwszy od wynagrodzenia za miesiąc .....2025:

| <b>Nazwa ubezpieczenia</b> | <b>Kwota składki**</b> | <b>Polisa/polisy nr</b> |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|
| PNŻ PLUS OCHRONA           |                        | 940318582               |
| W RAZIE WYPADKU            |                        | 940318582               |
| OCHRONA DLA DZIECKA        |                        | 940318595               |
| SUMA:                      |                        |                         |

Data i czytelny podpis pracownika

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

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