

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

DONAUCHEM POLSKA SP. Z O.O.

ul. Topolowa 15 ,

62-090 Rokietnica

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/polisy nr
PZU Na Życie Plus		940353150
PZU OCHRONA DLA DZIECKA		940345966
PZU WSPARCIE DLA RODZINY		940346006
PZU W RAZIE WYPADKU		940345937
PZU WSPARCIE PO WYPADKU		940346022
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – ZAKRES PODSTAWOWY		940346035
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – ZAKRES PODSTAWOWY PLUS		940346048

Data i czytelny podpis pracownika

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

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