

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

**WARSZAWSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO MOSTOWE MOSTY
BUDOWNICTWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

ul. Marywilska 40

03-228 Warszawa

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		
PZU OCHRONA DLA DZIECKA		
PZU WSPARCIE DLA RODZINY		
PZU WSPARCIE PO WYPADKU		
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – ZAKRES PODSTAWOWY		
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – ZAKRES PODSTAWOWY PLUS		

Data i czytelny podpis pracownika

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

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