

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....

(pieczęć pracodawcy)

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEN

Na podstawie art. 91 Kodeksu pracy wyrażam zgodę na 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 PZU na Życie Plus i pakiety dodatkowe od miesiąca 2025:

Nazwa ubezpieczenia	Numer polisy	Składka		Składka łączna za pracownika i współubezpieczonych
Polisa główna Na życie Plus wariant I	940347508	☐	47,50 zł x (liczba osób)	
Polisa główna Na życie Plus wariant II	940347508	☐	66,50 zł x (liczba osób)	
Polisa główna Na życie Plus wariant III	940347508	☐	94,50 zł (liczba osób)	
Ochrona dla dziecka	940347566	☐	10,00 zł x (liczba osób)	
		☐	16,00 zł x (liczba osób)	
		☐	24,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie w razie nowotworu - zakres podstawowy	940347638	☐	12,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie w razie nowotworu - zakres podstawowy Plus	940347641	☐	17,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie dla rodziny	940347696	☐	5,00 zł x (liczba osób)	
		☐	10,00 zł x (liczba osób)	
		☐	15,00 zł x (liczba osób)	
W Razie Wypadku	940347582	☐	6,50 zł x (liczba osób)	
		☐	12 zł x (liczba osób)	
Wsparcie dla bliskich PREMIUM	940347670	☐	30 zł x (liczba osób)	
		☐	45 zł x (liczba osób)	
Wsparcie dla bliskich PLUS	940347612	☐	12 zł x (liczba osób)	
		☐	17 zł x (liczba osób)	

.....
czytelny podpis pracownika

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania zaktualizowanej deklaracji i wniosku.