

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

SĄD REJONOWY W OLSZTYNIE

Dąbrowszczaków 44,

10-543 Olsztyn

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		940370388
PZU Na Życie ZDROWIE		940370405
PZU OCHRONA DLA DZIECKA		940371213
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – ZAKRES PODSTAWOWY		940371226
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – ZAKRES PODSTAWOWY PLUS		940371239

Data i czytelny podpis pracownika

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

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