

Imię:
Nazwisko:
PESEL:

LEADEC Sp. z o.o.
ul. Toszecka 25B
44-102 Gliwice
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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		940377811
PNŻ Wsparcie po wypadku		940378007
PNŻ Ochrona Dziecka		940377882
PNŻ Wsparcie dla Rodziny		940377970
PNŻ Wsparcie w razie nowotworu		940378023, 940378049
PNŻ Wsparcie dla bliskich		940377925
PNŻ W razie wypadku		940377909

.....
Data i czytelny podpis pracownika

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

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