

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....

ul.

.....

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/polis nr
PZU Na Życie Plus		940394036
Asystent w czasie utraty zdrowia		940394036
PZU Na Życie Plus – Ochrona dla dziecka		940393361
PZU Na Życie Plus – Wsparcie dla rodziny		940393332
PZU Na Życie Plus – Wsparcie po wypadku		940393316
PZU Na Życie Plus – W razie Wypadku		940393345
PZU Na Życie Plus – Wsparcie w razie nowotworu podstawowy		940393329
PZU Na Życie Plus – Wsparcie w razie nowotworu podstawowy Plus		940393303

Data i czytelny podpis pracownika

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

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