

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Kraków, ul.....

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 Ochrona (6 wariantów)		
Pakiet dodatkowy W RAZIE WYPADKU		
Pakiet dodatkowy WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU		
Pakiet dodatkowy OCHRONA DLA DZIECKA		
KWOTA ŁĄCZNA:		

Data i czytelny podpis pracownika

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

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