

Imię:
Nazwisko:
Pesel:

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

.....
zwany dalej Pracodawcą

Zgodnie z art. 91 Kodeksu pracy 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 składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

Ubezpieczenie podstawowe: (zaznaczyć właściwe)

☐ 42 zł ☐ 57 zł ☐ 70 zł ☐ 117,40 zł

Wsparcie dla bliskich plus (tylko pracownik): (zaznaczyć właściwe)

☐ 12 zł ☐ 17 zł

Wsparcie w razie wypadku (zaznaczyć właściwe)

☐ 6,50 zł ☐ 12,00 zł

Wsparcie w razie nowotworu: (zaznaczyć właściwe)

☐ 12 zł ☐ 17 zł

Wsparcie dla rodziny: (zaznaczyć właściwe)

☐ 5 zł ☐ 10 zł ☐ 15 zł

Ochrona dla dziecka: (zaznaczyć właściwe)

☐ 10 zł ☐ 16 zł ☐ 24 zł

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

.....
Data i czytelny podpis pracownika

Wniosek o dokonywanie potrąceń za ubezpieczenie współmałżonka, partnera życiowego, pełnoletniego dziecka

Zgodnie z art. 91 Kodeksu pracy 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 składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia za mojego **współmałżonka / partnera życiowego/ pełnoletniego dziecka** (niewłaściwe skreślić)

Imię i nazwisko przystępującego (małżonka/partnera życiowego/pełnoletniego dziecka):

.....

Ubezpieczenie podstawowe: (zaznaczyć właściwe)

☐ 42 zł ☐ 57 zł ☐ 70 zł ☐ 117,40 zł

Wsparcie w razie wypadku (zaznaczyć właściwe)

☐ 6,50 zł ☐ 12,00 zł

Wsparcie w razie nowotworu: (zaznaczyć właściwe)

☐ 12 zł ☐ 17 zł

Wsparcie dla rodziny: (zaznaczyć właściwe)

☐ 5 zł ☐ 10 zł ☐ 15 zł

Ochrona dla dziecka: (zaznaczyć właściwe)

☐ 10 zł ☐ 16 zł ☐ 24 zł

.....
Data i czytelny podpis pracownika