

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Powiatowe Centrum Zdrowia

500-lecia 23 , 82-200 Malbork

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 – bazowa W Razie Wypadku Asystent w czasie utraty zdrowia Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance – zakres podstawowy/ rozszerzony		
Ochrona dla dziecka		
Wsparcie w razie nowotworu		
Wsparcie dla rodziny		
Wsparcie po wypadku		
Wsparcie dla bliskich plus		

Data i czytelny podpis pracownika

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

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