

Nazwisko i imię:.....

PESEL:.....

.....
Pracodawca

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

Niniejszym wnoszę o 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 PZU Życie S.A.

od dnia w kwocie: **X - zaznacz właściwe**

Ubezpieczenie	Składka	Zaznacz właściwe Pracownik	Małżonek /partner życiowy	Dziecko pełnoletnie (liczba dzieci)
Wariant I PNŻ PLUS	60 zł	☐	☐	X ☐
Wariant II PNŻ PLUS	70 zł	☐	☐	X ☐
Wariant III PNŻ PLUS	80 zł	☐	☐	X ☐
Wariant IV PNŻ PLUS	100 zł	☐	☐	X ☐
Ochrona dla dziecka wariant I	10 zł	☐	☐	X ☐
Ochrona dla dziecka wariant II	16 zł	☐	☐	X ☐
Ochrona dla dziecka wariant III	24 zł	☐	☐	X ☐
Wsparcie po wypadku wariant I	6 zł	☐	☐	X ☐
Wsparcie po wypadku wariant II	10,50 zł	☐	☐	X ☐
Wsparcie po wypadku wariant III	14,50 zł	☐	☐	X ☐
Wsparcie na wypadek nowotworu	17 zł	☐	☐	X ☐
W Razie Wypadku wariant II	12 zł	☐	☐	X ☐
Wsparcie dla bliskich Plus wariant I	12 zł	☐		
Wsparcie dla bliskich Plus wariant II	17 zł	☐		
Suma składek				
Kwota łączna potrącenia:				
Słownie :				

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondo Ignacego 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