

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/polisy nr
PZU Na Życie Plus		
PZU Na Życie Plus / W razie Wypadku		
PZU Na Życie Plus / Ochrona dla dziecka		
PZU Na Życie Plus / Wsparcie w razie nowotworu		

Data i czytelny podpis pracownika

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

^{**} Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.