

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....
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
PZU Na Życie Plus (polisa główna)		940452202
PZU Na Życie Plus (Ochrona dla dziecka)		940455203
PZU Na Życie Plus (Wsparcie po wypadku)		940455216
PZU Na Życie Plus (Wsparcie dla rodziny)		940455229
PZU Na Życie Plus (Wsparcie w razie nowotworu 17)		940455186
PZU Na Życie Plus (Wsparcie w razie nowotworu 12)		940455199
PZU Na Życie Plus (W Razie Wypadku)		940455173

Data i czytelny podpis pracownika

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

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