

**ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEN Z WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ
ORAZ POZOSTAŁYCH WYPŁAT**

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

.....
.....
.....

zwany dalej Pracodawcą

Niniejszym wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych wypłat dokonywanych przez Pracodawcę na moją rzecz, następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w związku z przystąpieniem przeze mnie do programu ubezpieczenia grupowego w PZU Życie S.A.

Wariant	Kwota	Pracownik	Małżonek / partner życiowy	Pełnoletnie dziecko
Wariant I rodzinny	65,00 zł			
Wariant II singlowy	65,00 zł			

PAKIET DODATKOWY - W RAZIE WYPADKU

(można wybrać dla współubezpieczonego jeśli pracownik też przystępuje do Pakietu):

	Składka 6,50 zł	Składka 12,00 zł
Pracownik		
Małżonek / Partner życiowy		
Pełnoletnie dziecko		
Pełnoletnie dziecko		

Łączna składka do potrącenia z listy płac:

Wyrażam także zgodę na przekazywanie przez Pracodawcę ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-843) przy Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, nr KRS 0000030211, NIP: 5270206056.

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

.....
Data i czytelny podpis pracownika