

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie Sp .z o.o

OSIEDLE ŻŁOTEJ JESIENI 1

31-826 KRAKÓW

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/polis nr
PZU na Życie Plus		940466182
Pakiet dodatkowy Ochrona dla dziecka		940466586
Pakiet Wsparcie w razie nowotworu podstawowy		940466616
Pakiet Wsparcie w razie nowotworu podstawowy		940466629
Pakiet Wsparcie dla rodziny		940466573
Pakiet W razie wypadku		940466560

Data i czytelny podpis pracownika

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

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