

Imię:
Nazwisko:
PESEL:

.....
.....
.....
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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		
PNŻ Ochrona Dziecka		
PNŻ Wsparcie dla Rodziny		
PNŻ Wsparcie w razie nowotworu		
PNŻ Wsparcie dla Twojego serca		
PNŻ Wsparcie po wypadku		
PNŻ Wsparcie dla Bliskich Plus		

.....
Data i czytelny podpis pracownika

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

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