

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....

.....

.....

zwany dalej ubezpieczającym (zakład pracy)

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		940478231
Wsparcie dla rodziny		940478563
Wsparcie po wypadku		940478576
Wsparcie dla Twojego serca		940478589
Wsparcie w razie nowotworu		940478592
Dodatkowa ochrona dla dziecka		940478606

Data i czytelny podpis pracownika

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

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