

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**
PNŻ Plus – wariant 60 zł	
Pakiet W Razie Wypadku	
Wsparcie po wypadku	
Wsparcie dla Rodziny	
Pakiet Wsparcie dla Twojego serca	
Pakiet Wsparcie na wypadek nowotworu	
Ochrona dla dziecka	
Karta lekowa Recepta na Twoje Zdrowie	

.....

Data i czytelny podpis pracownika

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

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