

Imię:
Nazwisko:
PESEL:

.....
ul.
.....
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		940513613
Wsparcie dla Twojego serca		940513570
Wsparcie na wypadek nowotworu		940513583
Ochrona dla dziecka		940513596
Wsparcie dla rodziny		940513567
Pakiet dodatkowy W Razie Wypadku		940513600
Opieka medyczna		940514955

Data i czytelny podpis pracownika

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

** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych

