

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE

Bursztynowa 2

04-749 Warszawa

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/polis nr
PZU Na Życie Plus		940506527
W RAZIE WYPADKU		940506527
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU		940506514
PZU WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA		940506501
PZU OCHRONA DLA DZIECKA		940506497

Data i czytelny podpis pracownika

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

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