

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_-\_\_\_\_-2026 r.  
miejsowość, data

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

### 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 w PZU Życie SA w ramach programu dla Pracowników RCKiK.

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki**	Polisa nr
<b>Polisa podstawowa PNŻ Plus</b>		940508068
PAKIET DODATKOWY <b>Ochrona dla dziecka</b>		940519992
PAKIET DODATKOWY <b>Wsparcie w razie nowotworu</b>		940520002
PAKIET DODATKOWY <b>Wsparcie po wypadku</b>		940520015
PAKIET DODATKOWY <b>W Razie Wypadku</b>		940520028
PAKIET DODATKOWY <b>Wsparcie dla rodziny</b>		940520031
PAKIET DODATKOWY <b>Wsparcie dla Twojego serca</b>		940520044

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis pracownika

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

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