

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		940520800

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

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

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

