

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

...swisspor Polska sp. zo o.....

ul. Wspólna 6

32-300 Olkusz

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEN*

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
POLISA OCHRONNA		940523292
CEGIEŁKA WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU		940523322
CEGIEŁKA WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA		940523348
CEGIEŁKA OCHRONA DLA DZIECKA		940523306
PZU W RAZIE WYPADKU		940523319

Data i czytelny podpis pracownika

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

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