

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

SĄD REJONOWY DLA WARSZAWY

PRAGI-PÓŁNOC W WARSZAWIE

ul. Terespolska 15A

03-813 Warszawa

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
PZU NA ŻYCIE PLUS		940525906
OCHRONA DLA DZIECKA		940525371
WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU		940525384
WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA		940525397
WSPARCIE DLA RODZINY		940525401
WSPARCIE PO WYPADKU		940525414
PZU W RAZIE WYPADKU		940525427

Data i czytelny podpis pracownika

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

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