

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

OPERATOR GAZOCIĄGÓW  
PRZESYŁOWYCH GAZ-SYSTEM  
SPÓŁKA AKCYJNA  
ul. Mszczonowska 4  
02-337 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/polisy nr
PZU NA ŻYCIE PLUS zakresy 1-6		940528776
PZU NA ŻYCIE PLUS A zakres 60zł		940528545
OCHRONA DLA DZIECKA		940528473
PZU W RAZIE WYPADKU		940528486
WSPARCIE DLA RODZINY		940528503
WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA		940528529
WSPARCIE PO WYPADKIU		940528532
WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU		940528516

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

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

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