

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....
(pieczęć pracodawcy)

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Na podstawie art. 91 Kodeksu pracy wyrażam zgodę na 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 PZU na Życie Plus i pakiety dodatkowe od miesiąca 2026:

Nazwa ubezpieczenia	Numer polisy	Składka		Składka łączna za pracownika i współubezpieczonych
Polisa główna Na życie Plus wariant I	940525531	<input type="checkbox"/>	92,80 zł x (liczba osób)	
Polisa główna Na życie Plus wariant II	940525531	<input type="checkbox"/>	112,00 zł x (liczba osób)	
Ochrona dla dziecka	940525616	<input type="checkbox"/>	11,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	15,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	23,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	35,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie w razie nowotworu	940525632	<input type="checkbox"/>	11,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	21,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	31,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	47,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie dla Twojego serca	940525690	<input type="checkbox"/>	10,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	20,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	30,00 zł x (liczba osób)	
		<input type="checkbox"/>	12,00 zł x (liczba osób)	

.....
czytelny podpis pracownika

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania zaktualizowanej deklaracji i wniosku.