

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

SĄD REJONOWY DLA WARSZAWY-  
MOKOTOWA  
ul. Ogrodowa 51A  
00-873 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
PNŻ Ochrona i Zdrowie		940526336
Ochrona dla dziecka		940526570
Wsparcie na wypadek nowotworu		940526554
Wsparcia dla Twojego serca		940526365
Wsparcie dla rodziny		940526381
Wsparcie po wypadku		940526378
Wsparcie w razie wypadku		940526352

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

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

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