

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

SĄD REJONOWY DLA WARSZAWY PRAGI-  
POŁUDNIE W WARSZAWIE

ul. Terespolska 15A

03-813 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/polis nr |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| PNŻ Ochrona i Zdrowie         |                 | 940525980       |
| Ochrona dla dziecka           |                 | 940525977       |
| Wsparcie na wypadek nowotworu |                 | 940525964       |
| Wsparcia dla Twojego serca    |                 | 940525919       |
| Wsparcie dla rodziny          |                 | 940525948       |
| Wsparcie po wypadku           |                 | 940525951       |
| Wsparcie w razie wypadku      |                 | 940525935       |

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

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

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