

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

SĄD REJONOWY DLA MIASTA STOŁECZNEGO
WARSZAWY W WARSZAWIE
ul. Marszałkowska 82
00-517 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		940525658
Ochrona dla dziecka		940525759
Wsparcie na wypadek nowotworu		940525704
Wsparcia dla Twojego serca		940525746
Wsparcie dla rodziny		940525733
Wsparcie po wypadku		940525720
Wsparcie w razie wypadku		940525717

Data i czytelny podpis pracownika

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

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