

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

SĄD REJONOWY DLA WARSZAWY-WOLI W
WARSZAWIE
ul. Antoniego Kocjana 3
01-473 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		940526176
Ochrona dla dziecka		940526323
Wsparcie na wypadek nowotworu		940526307
Wsparcia dla Twojego serca		940526277
Wsparcie dla rodziny		940526251
Wsparcie po wypadku		940526235
Wsparcie w razie wypadku		940526192

Data i czytelny podpis pracownika

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

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