

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

HUMANA MEDICA OMEDA SP. Z O.O.

15-482 BIAŁYSTOK

UL. FABRYCZNA 39

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 + WRW		940533868
WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU		940533884
OCHRONA DLA DZIECKA		940533871
WSPARCIE PO WYPADKU		940533897

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis pracownika

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

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