

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....
ul.

.....

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
PZU Na Życie Plus		940522240
PZU Na Życie Plus - Karta Lekowa		940522309
Pakiet Ochrona dla dziecka		940543489
Pakiet Wsparcie dla rodziny		940543492
Pakiet Wsparcie na wypadek nowotworu		940543506
Pakiet Wsparcie dla Twojego serca		940543522
Pakiet Wsparcie po wypadku		940543519

Data i czytelny podpis pracownika

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

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