

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

.....  
.....  
.....

zwany dalej Pracodawcą

**ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ\***

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**
PZU Na Życie Plus Ochrona	
Ochrona dla dziecka	
W razie wypadku	
Wsparcie w razie nowotworu	
Wsparcie dla Twojego serca	

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis pracownika

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

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