

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

.....

.....

.....

zwany dalej ubezpieczającym ( zakład pracy )

**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		9 4 0 5 5 5 7 4 3
Wsparcie dla Twojego serca		9 4 0 5 5 5 8 0 2
Wsparcie w razie nowotworu		9 4 0 5 5 5 8 1 5
Dodatkowa ochrona dla dziecka		9 4 0 5 5 5 7 8 5

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis pracownika

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

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