

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 6 1 1 5 1
Wsparcie dla rodziny		9 4 0 5 6 1 7 3 1
Wsparcie po wypadku Plus		9 4 0 5 6 1 1 6 4
Wsparcie dla Twojego serca		9 4 0 5 6 1 2 0 7
Wsparcie w razie nowotworu		9 4 0 5 6 1 7 4 4
Dodatkowa ochrona dla dziecka		9 4 0 5 6 1 1 7 7
W Razie Wypadku		9 4 0 5 6 1 1 9 3

Data i czytelny podpis pracownika

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

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