

STOWARZYSZENIE AUTORÓW ZAiKS

ul. Hipoteczna 2

00-092 Warszawa

zwany dalej Pracodawcą

DANE PRACOWNIKA

Imię

Nazwisko

PESEL

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEN

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:

Ubezpieczenie PNŻ na Życie Plus	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Wybrany wariant PRACOWNIK (zaznacz X)	108 zł ☐	168,40 zł ☐	55 zł ☐
Wybrany wariant WSPÓŁUBEZPIECZONY (małżonek/partner)	108 zł ☐	168,40 ☐	55 zł ☐
Wybrany wariant WSPÓŁUBEZPIECZONY (pełnoletnie dziecko)	108 zł ☐	168,40 ☐	55 zł ☐
Pakiet WSPARCE DLA RODZINY	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Wybrany wariant PRACOWNIK	5 zł ☐	10 zł ☐	15 zł ☐
Wybrany wariant WSPÓŁUBEZPIECZONY (małżonek/partner)	5 zł ☐	10 zł ☐	15 zł ☐
Wybrany wariant WSPÓŁUBEZPIECZONY (pełnoletnie dziecko)	5 zł ☐	10 zł ☐	15 zł ☐
Składka łączna za wszystkie ubezpieczone osoby			

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Data i czytelny podpis Pracownika

.....