

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA 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:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki**	Polisa/polis nr
PZU NA ŻYCIE PLUS UBEZPIECZENIE OCHRONNE		
PZU NA ŻYCIE PLUS UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE		
PZU NA ŻYCIE PLUS WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA		
PZU NA ŻYCIE PLUS WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU		
PZU NA ŻYCIE PLUS W RAZIE WYPADKU		

Data i czytelny podpis pracownika

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

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