

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^{**}
PZU Na Życie Plus (polisa podstawowa)	
Pakiet onkologiczny	
Ochrona dla dziecka	
W razie wypadku	
Wsparcie dla rodziny	
Wsparcie dla Twojego serca	

.....

Data i czytelny podpis

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

^{**} Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.