

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

AMW SINEVIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ignacego Paderewskiego 6; 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki

zwaną dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ*

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		940582303
W RAZIE WYPADKU		940582303
ASSITANCE/ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA		940582303
PZU OCHRONA DLA DZIECKA		940582286
PZU WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU		940582273
PZU WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA		940582260
PZU WSPARCIE DLA RODZINY		940582244
PZU WSPARCIE PO WYPADKU		940582228
PZU Na Życie ZDROWIE		940582329

Data i czytelny podpis pracownika

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

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