

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

ZACHĘTA / KORAL **

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** pracownik	Kwota składki** osoba bliska nr 1	Kwota składki** osoba bliska nr 2	Polisa/polisy nr
PZU na Życie Plus	82/165/80/162	82/165/80/162	82/165/80/162	940616297
PZU WRAZIE WYPADKU	6,50/12	6,50/12	6,50/12	940606940
WSPARCIE DLA RODZINY	5/10/15	5/10/15	5/10/15	940606995
WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA	10/20/30	10/20/30	10/20/30	940606908
OCHRONA DLA DZIECKA	11/15/23/35	11/15/23/35	11/15/23/35	940606881
WSPARCIE PO WYPADKU	6/10,50/14,50	6/10,50/14,50	6/10,50/14,50	940606911
WSPARCIE DLA BLISKICH PLUS	17	-----	-----	940606953
WSPARCIE DLA BLISKICH PREMIUM	30/45	-----	-----	940606966
WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU	11/21/31/47	11/21/31/47	11/21/31/47	940606894
Karta lekowa dla współubezpieczonego (jeśli nie jest ubezpieczonym w PZU na ŻYCIE Plus)				

ŁĄCZNA SKŁADKA za pracownika i osoby bliskie

Data i czytelny podpis pracownika

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

** Zaznacz w kółko odpowiednią wartość.