

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Kraków, ul.....

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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 Zdrowie (4 warianty)		940602245
Wybieram zakres: ☐ Start ☐ Komfort ☐ Komfort Plus ☐ Optimum		
Wybieram pakiet*: ☐ indywidualny ☐ partnerski ☐ rodzinny		
KWOTA ŁĄCZNA:		

*Pakiet indywidualny – (pracownik)

Pakiet partnerski- (pracownik + 1 osoba współubezpieczona)

Pakiet rodzinny - (pracownik + osoby współubezpieczone bez względu na liczbę dzieci)

Data i czytelny podpis pracownika

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

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