

Dane Pracownika/Funkcjonariusza:

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

IZBA ADMINISTRACJI SKARBOWEJ w Gdańsku

ul. Długa 75/76

80-831 Gdańsk

zwana dalej Pracodawcą**WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ**

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę/uposażenia za służbę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do umowy/ów grupowego ubezpieczenia w:

PZU ŻYCIE SA_ oferta ubezpieczenia OCHRONNEGO (GŁÓWNA + DODATKOWA):**łączna kwota składek za mnie i ubezpieczonych członków rodziny wynosi: zł**

(słownie kwota: zł).

Na powyższą kwotę składają się składki za poszczególne polisy/osoby w wysokości (prosimy o wpisanie oddzielnie wszystkich kwot składek za każdą z polis, do której Państwo przystąpiliście wraz z członkami rodziny):

OSOBA UBEZPIECZONA	POLISA GŁÓWNA	OCHRONA DLA DZIECKA	NA WYPADEK NOWOTWORU	WSPARCIE TWOJEGO SERCA	W RAZIE WYPADKU
PRACOWNIK/FUNKCJONARIUSZ:	 zł	 zł	 zł	 zł	 zł
MAŁŻONEK/PARTNER ŻYCIOWY:	 zł	 zł	 zł	 zł	 zł
PEŁNOLETNIE DZIECKO:	 zł	 zł	 zł	 zł	 zł
PEŁNOLETNIE DZIECKO:	 zł	 zł	 zł	 zł	 zł
PEŁNOLETNIE DZIECKO:	 zł	 zł	 zł	 zł	 zł

i przekazywania ww. kwoty na właściwe konta bankowe Ubezpieczyciela.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego Wniosku.

.....
Data i czytelny podpis Pracownika/Funkcjonariusza