

ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADEK ZA UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA

Data:.....

Imię i nazwisko:.....

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA:

Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami grupowego ubezpieczenia w PZU Życie S.A. i 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 wskazanej przeze mnie składki z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie.

.....

Podpis