

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

AKADEMIA SZTUKI WOJENNEJ
Aleja gen. Antoniego Chruściela "Montera" 103
00-910 Warszawa

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 ^{**}	Polisa/polisy nr
PZU Na Życie Plus Ochrona i Zdrowie		940633698
W Razie Wypadku		940633698
Wsparcie dla Twojego serca		940633728
Wsparcie w razie nowotworu		940633715
Ochrona dla dziecka		940633702

Data i czytelny podpis pracownika

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

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