

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

**18 Pułk Logistyczny w Łomży**

**ul. Aleja Legionów 133**

**18-400 Łomża**

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:

| <b>NAZWA UBEZPIECZENIA</b>        | <b>KWOTA SKŁADKI **</b> | <b>POLISA</b> |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|
| PZU OCHRONA I ZDROWIE             |                         | 940648689     |
| Pakiet WRW                        |                         | 940648689     |
| Pakiet w razie nowotworu          |                         | 940648735     |
| Pakiet Ochrona dla dziecka        |                         | 940648722     |
| Pakiet Wsparcie dla Twojego serca |                         | 940648748     |
| <b>Suma składek</b>               |                         |               |

.....

Data i czytelny podpis pracownika

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

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