UBEZPIECZONY:

Imię: ……

Nazwisko: ……

PESEL: ……

WSPÓŁUBEZPIECZONY:

Współmałżonek/partner życiowy

lub pełnoletnie dziecko:

Imię: ……

Nazwisko: ……

PESEL: ……

MORG
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ*

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		**940645444**

Data i czytelny podpis pracownika

*** Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.**
**** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.**