

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....
(pieczęć pracodawcy)

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Na podstawie art. 91 Kodeksu pracy wyrażam zgodę na 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 PZU na Życie Plus i pakiety dodatkowe od miesiącaroku :

Nazwa ubezpieczenia	Numer polisy	Składka		Składka łączna za pracownika i współubezpieczonych
Polisa główna Na życie Plus	940646757	☐	68,00 zł x (liczba osób)	
Ochrona dla dziecka	940646816	☐	11,00 zł x (liczba osób)	
		☐	15,00 zł x (liczba osób)	
		☐	23,00 zł x (liczba osób)	
		☐	35,00 zł x (liczba osób)	
		☐	10,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie dla Twojego serca	940646832	☐	20,00 zł x (liczba osób)	
		☐	30,00 zł x (liczba osób)	
		☐	11,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie w razie nowotworu	940646829	☐	21,00 zł x (liczba osób)	
		☐	31,00 zł x (liczba osób)	
		☐	47,00 zł x (liczba osób)	
		☐	26,00 zł x (liczba osób)	
Wsparcie po wypadku Plus	940646803	☐	17,50 zł x (liczba osób)	
		☐	22,00 zł x (liczba osób)	
		☐		

.....
czytelny podpis pracownika

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania zaktualizowanej deklaracji i wniosku.