

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

AK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Kolejowa 179/181 , 62-052 Komorniki

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		9 4 0 6 4 6 6 2 7
Ochrona dla dziecka		9 4 0 6 4 6 6 9 8
Wsparcie w razie nowotworu		9 4 0 6 4 6 7 0 2
Wsparcie dla Twojego serca		9 4 0 6 4 6 7 1 5
Wsparcie dla rodziny		9 4 0 6 4 6 7 4 4
W Razie Wypadku		9 4 0 6 4 6 7 2 8

Data i czytelny podpis pracownika

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

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