

**OŚWIADCZENIE ZGODY NA POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA
UBEZPIECZAJĄCY: LISNER POZNAŃ SP. Z O.O. SP.K.**

Wypełnij
drukowanymi
literami

Imię i nazwisko:

Pesel:

Numer telefonu:

Pracodawca (Nazwa):

Wybierz i
Zaznacz
wariant
możesz
wybrać jeden
wariant dla
każdej
zgłaszanej
osoby

Wpisz dane
zgłoszonych
członków
rodziny

Podpisz
Zgodę na
potrącenie
składki

**ZGODA NA POTRĄCENIE
PRZEZ PRACODAWCĘ Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA SKŁADKI ZA UBEZPIECZENIE**

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego ubezpieczenia na życie dla Pracowników w **PZU Życie S.A.** wyrażam zgodę w trybie przepisu art. 91 § 1 Kodeksu pracy, na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, kontraktu, sumy poniższych składek w trybie miesięcznym. Ponadto wnoszę o przekazywanie potrącanych składek do **PZU Życie S.A.**

Składając nową zgodę jednocześnie wycofuję zgodę dla swojego Pracodawcy na potrącanie miesięcznej składki ubezpieczeniowej za moje dotychczasowe ubezpieczenie w programie PZU Życie S.A. lub Vienna Life TU na Życie S.A.

Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Wybieram poniższe warianty:

Wariant	Składka	Pracownik	Małżonek lub Partner	Pełnoletnie Dziecko 1	Pełnoletnie Dziecko 2
Wariant 1	45,00 zł *	☐	☐	☐	☐
Wariant 2	60,00 zł *	☐	☐	☐	☐
Wariant 3	65,00 zł *	☐	☐	☐	☐
Wariant 4	54,00 zł *	☐	☐	☐	☐

* składka miesięczna za jedną zgłoszoną osobę

DANE ZGŁOSZONYCH CZŁONKÓW RODZINY

Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa *

*małżonek/partner, dziecko

Łączna składka do potrącenia za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia zł

☐ Zapoznałem się z ofertą i rezygnuję z możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie.

.....
Data i Czytelny podpis Pracownika

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA DOKUMENTÓW

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego Lisner Poznań Sp. z o.o. Sp.k. o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Życie w PZU Życie S.A. Jednocześnie potwierdzam odebranie i przekazanie ubezpieczonym członkom mojej rodziny dokumentów dotyczących Grupowego Ubezpieczenia na Życie w postaci:

1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia PZU
2. Materiału Informacyjnego

.....
Data i Czytelny podpis Pracownika