

Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Biuro:

Data

GŁÓWNY INSPEKTORAT TRANSPORTU DROGOWEGO
al. Jerozolimskie 94
01-456 Warszawa
zwany dalej Pracodawcą

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na dokonywanie potrąceń składki PZU

Niniejszym proszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki dodatkowego ubezpieczenia PZU z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia

Nr polisy	Kwota składki za 1 osobę	Pracownik (wpisz cyfrę "1" w wybranej pozycji)	Liczba członków rodziny objętych ubezpieczeniem	Razem kwota
POLISA PODSTAWOWA – polisa 940657694				
WARIANT I	52,50 zł			
WARIANT II	67,50 zł			
WARIANT III	81,00 zł			
WARIANT IV	99,00 zł			
UBEZPIECZENIE PZU W RAZIE WYPADKU – WARIANT I	6,50 zł			
UBEZPIECZENIE PZU W RAZIE WYPADKU – WARIANT II	12,00 zł			
PAKIET DODATKOWY OCHRONA DLA DZIECKA – polisa 940657753				
WARIANT I	11,00 zł			
WARIANT II	15,00 zł			
WARIANT III	23,00 zł			
WARIANT IV	35,00 zł			
PAKIET DODATKOWY WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU – polisa 940657812				
WARIANT I	11,00 zł			
WARIANT II	21,00 zł			
WARIANT III	31,00 zł			
WARIANT IV	47,00 zł			
PAKIET DODATKOWY WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA – polisa 940657290				
WARIANT I	10,00 zł			
WARIANT II	20,00 zł			
WARIANT III	30,00 zł			
PAKIET DODATKOWY WSPARCIE PO WYPADKU PLUS Z ORTO PLAN – polisa 940657795				
WARIANT I	17,50 zł			
WARIANT II	22,00 zł			
WARIANT III	26,00 zł			
łącznie kwota składki*				

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-133 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Potrącenie w łącznej kwocie: zł obowiązuje od miesiąca ** roku

* Suma składek za ubezpiezonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.

.....
Imię i nazwisko, podpis

** Należy wpisać miesiąc poprzedzający objęcie osoby składającej wniosek ubezpieczeniem