WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Do Pracodawcy: Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej

Wypełnij drukowanymi literami

Imię i nazwisko: ……

Pesel: ……..

Data wypełnienia: ……..

ZGODA NA POTRĄCENIE
PRZEZ PRACODAWCĘ Z WYNAGRODZENIA PRACOWNIKA SKŁADKI NA GRUPOWE UBEZPIECZENIE PZU ŻYCIE SA

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego grupowego ubezpieczenia na życie PZU Na Życie Plus wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym.

→ **Zaznacz wariant** ubezpieczenia wybrany przez Ciebie i (jeśli dotyczy) Członka Twojej Rodziny zaznacz „x”

		Pracownik	Małżonek/Partner	Pełnoletnie dzieci		
Wariant I	**82,00 zł**					(liczba dzieci)
Wariant II	**100,00 zł**					(liczba dzieci)
Wariant III	**122,00 zł**					(liczba dzieci)
Wariant IV	**64,00 zł**					(liczba dzieci)
Wariant V	**150,00 zł**					(liczba dzieci)

Pakiety dodatkowe:

	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
Ochrona dla dziecka				
Wsparcie na wypadek nowotworu				
Wsparcie dla Twojego serca				
Wsparcie dla rodziny				
W razie Wypadku				
Wsparcie po wypadku				
Wsparcie dla bliskich Plus				

→ **podpisz ZGODĘ** na potrącenie składki

Łączna składka do potrącenia za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia _ _ _ _ _ _ _ _zł

……

Czytelny podpis Pracownika