…..……
(nazwisko i imię)

……..
(firma)

Zgoda pracownika na potrącenie

W związku z przystąpieniem do ubezpieczenia na życie w PZU wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę i zasiłków z ubezpieczenia społecznego składki za mnie i osób, które zgłosiłam/em do ubezpieczenia tj.:

……..……..; ……..
(Imię nazwisko pracownika) (data urodzenia pracownika)

……..……..; ……..
(Imię nazwisko członka rodziny) (data urodzenia członka rodziny)

……..……..; ……..
(Imię nazwisko członka rodziny) (data urodzenia członka rodziny)

……..……..; ……..
(Imię nazwisko członka rodziny) (data urodzenia członka rodziny)

……..……..; ……..
(Imię nazwisko członka rodziny) (data urodzenia członka rodziny)

Przyjmuję do wiadomości, że wysokość potrącanych kwot będzie zgodna z wybraną ofertą i obowiązującą ofertą.

W przypadku braku możliwości potrącenia zobowiązuję się opłacić składki na wskazane przez Spółkę konto.

……
(Podpis pracownika)