Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289
Łódź 93-338
NIP 729-22-42-712

Imię: …….

Nazwisko: …….

PESEL: …….

Komórka organizacyjna: …….

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ: PZU NA ŻYCIE PLUS

Wyrażam zgodę na comiesięczne dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczania PZU.

kwota…… za moje ubezpieczenie

kwota…… za ubezpieczenie małżonka/partnera

kwota…… za ubezpieczenie dziecka/dzieci pełnoletnie

kwota…… za Ochrona dla dziecka

kwota…….za W razie wypadku

kwota…….za Wsparcie dla rodziny

kwota…….za Wsparcie na wypadek nowotworu

kwota…….za Wsparcie dla Twojego serca

kwota…….za Wsparcie po wypadku PLUS

kwota łączna……

…….
Data i czytelny podpis pracownika