Imię: ……

Nazwisko: ……

PESEL: ……

……

ul. ……

……

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ*

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia:

Nazwa ubezpieczenia	**Kwota składki****	**Polisa/polisy nr**
typ P Plus		
Pełnia Życia		
OPIEKA MEDYCZNA S		
LEKOWE PZU OPIEKA MEDYCZNA		
PZU W RAZIE WYPADKU		
PZU Ochrona i Zdrowie		
PZU Życie pod Ochroną		
PZU Zdrowie pod Ochroną		
PZU Na Życie Plus		

Data i czytelny podpis pracownika

*** Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.**
**** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.**