Imię: ……

Nazwisko: ……

PESEL: ……

……

……

……

zwany dalej ubezpieczającym (zakład pracy)

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**
PZU Na Życie Plus		**940672899**
Wsparcie dla Twojego serca		**940673261**
Wsparcie w razie nowotworu		**940673274**
Dodatkowa ochrona dla dziecka		**940673287**
NNW		**716064271**
Wsparcie dla bliskich plus		**940305973**
Wsparcie dla Rodziny		**940305797**

Data i czytelny podpis pracownika

*** Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.**

**** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.**