Nazwisko: ……

Imię: ……

PESEL: ……

Nr kontrolny: ……

ZM „BUMAR-ŁABĘDY" S.A.
ul. Mechaników 9
44-109 GLIWICE
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ *

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

Numer polisy	**Nazwa ubezpieczenia**	**Kwota składki ****
940668528	PZU Na Życie Plus	
940668674	Wsparcie dla bliskich Plus	
940668658	Wsparcie po wypadku Plus	
940668632	Wsparcie dla Twojego serca	
940668629	Wsparcie w razie nowotworu	
940668599	Wsparcie dla rodziny	
940668557	W Razie Wypadku – zakres podstawowy i rozszerzony	
940668544	Ochrona dla dziecka	

……
Data i czytelny podpis pracownika

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