

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

.....

ul.

.....

zwany dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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:

Polisa/y nr

łącna kwota** zł (słownie złotych)

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy ulicy Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Data i czytelny podpis pracownika

*** Dokument wydany na potrzeby pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA**

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