

.....
(miejsowość, data)

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

wyrażenie zgody na potrącanie składek na ubezpieczenie grupowe PZU

1. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia składki w wysokości, zł tytułem grupowego ubezpieczenia dla pracowników w PZU.

.....
(podpis pracownika)

2. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia składek w wysokości, zł tytułem grupowego ubezpieczenia w PZU mojego:

- małżonka
- partnera
- pełnoletniego dziecka / pełnoletnich dzieci

.....
(podpis pracownika)

3. Nie jestem zainteresowany przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego.

.....
(podpis pracownika)