

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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 **składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU** za mnie i ewentualnie wskazanych przeze mnie innych osób bliskich i/lub współubezpieczonych, zgodnie ze złożoną i/lub złożonymi deklaracjami w formie papierowej lub elektronicznej wraz z ewentualnymi wybranymi pakietami dodatkowymi.

Data i czytelny podpis pracownika

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