

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

.....  
ul. ....

.....  
zwany dalej Pracodawcą/ Ubezpieczającym

**ZGODA  
NA ZMIANĘ WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA  
I DOKONYWANIE POTRĄCENÍ SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH\***

Oświadczam, że:

- 1) otrzymałem/łam informację o zmianach warunków umowy ubezpieczenia grupowego zawartej z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń na Życie S.A. („**PZU Życie SA**”) i wyrażam zgodę na te zmiany oraz na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na zmienionych warunkach;
- 2) otrzymałem/łam ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, które będą miały zastosowanie w umowie na zmienionych warunkach \*\*;
- 3) w imieniu ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych, na podstawie udzielonego mi pełnomocnictwa, oświadczam, że otrzymałem/łam informację o zmianach warunków umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na te zmiany, a także na objęcie ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych ochroną ubezpieczeniową na zmienionych warunkach;
- 4) 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 i przekazywanie do PZU Życie SA następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego \*\*\*:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki - miesięcznie****	Polisa/polisy nr
PZU Na Życie Plus		

[.....]  
Data i czytelny podpis pracownika

\* Oświadczenie składane pracodawcy/ubezpieczającemu. Na wniosek PZU Życie SA dokument zostanie udostępniony PZU Życie SA.

\*\* Oświadczenie składane, gdy zmiana warunków umowy ubezpieczenia grupowego polega na zawarciu nowych umów dodatkowych przez ubezpieczającego .

\*\*\* Oświadczenie składane tylko w sytuacji, gdy składka jest finansowana przez ubezpieczonego pracownika.

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