

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

UNIwersytet Marii Curie Skłodowskiej

Plac Marii Curie- Skłodowskiej 5

20-331 LUBLIN

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 następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia opieka medyczna polisa nr:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki**		
Opieka medyczna			
Standard	☐ 35,75zł	☐ 71,25zł	☐ 106,75zł
Komfort	☐ 77,10zł	☐ 153,95zł	☐ 230,80zł
Komfort Plus	☐ 125,10zł	☐ 249,95zł	☐ 374,80zł

Data i czytelny podpis pracownika

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

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