

Poznań, 2024 r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(Nr JW, komórka organizacyjna)

OŚWIADCZENIE

W związku z przystąpieniem do podstawowego/dodatkowego/grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego uposażenia/wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, rodzicielskiego lub innych wypłat dokonywanych na moją rzecz przez pracodawcę składki w kwocie **zł** za żołnierza/pracownika, członka/ów rodziny począwszy od *miesiąca września/października* 2024 r.* i przekazywanie tej kwoty na konto PZU Życie SA do czasu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia lub Oświadczenia o zmianie lub rezygnacji.

.....
(data i podpis pracownika/żołnierza)

***UWAGA!**

ubezpieczeni **Żołnierze** zaznaczają – **od października 2024**

ubezpieczeni **Pracownicy RON** zaznaczają – **od września 2024**