……, …….

(miejscowość i data)

Nazwisko Pracownika	
Imię Pracownika	
Pesel Pracownika	

Uniwersytet w Siedlcach
(nazwa i adres pracodawcy)

OŚWIADCZENIE

pracownika wyrażające zgodę na potrącanie składek na grupowe ubezpieczenie

1. Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie na życie, z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A., począwszy od maja 2025 r., aż do rozwiązania umowy ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

2. Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego *(proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko albo partner życiowy)*:

   ☐ małżonka ☐ dziecka ☐ partnera życiowego

3. Składki w wysokości . . . . . .
   (słownie: . . . . . .) miesięcznie powinny być przekazywane na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.

. . . . . .
(podpis pracownika)