

Dane Pracownika/Funkcjonariusza:

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

IZBA ADMINISTRACJI SKARBOWEJ w Gdańsku

ul. Długa 75/76

80-831 Gdańsk

zwana dalej Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę/uposażenia za służbę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do umowy/ów grupowego ubezpieczenia:

1. GENERALI ŻYCIE TU S.A._ oferta ubezpieczenia OCHRONNEGO:

łącna kwota składek za mnie i ubezpieczonych członków rodziny wynosi:zł

(słownie kwota:zł).

Na powyższą kwotę składają się składki za poszczególne polisy/osoby w wysokości:

główny ubezpieczony zł

współubezpieczony zł

współubezpieczony zł

współubezpieczony zł

współubezpieczony zł

współubezpieczony zł

i przekazywania ww. kwoty/kwot na właściwe konta bankowe powyższego Ubezpieczyciela.

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Data i czytelny podpis Pracownika/Funkcjonariusza