

.....  
miejsowość, data

Nazwisko i Imię: .....

PESEL: .....

Dotyczy polisy: .....

W związku z przystąpieniem/zmianą\* do umowy ubezpieczenia grupowego upoważniam Ubezpieczającego do comiesięcznego potrącania z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat, wskazanych poniżej składek ubezpieczeniowych.

data rozpoczęcia potrącania składek	składka Pracownik	składka Współubezpieczeni	kwota do potrącenia
..... r.	..... zł	..... zł	..... zł

.....  
czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić