

Imię i nazwisko

Adres korespondencyjny

Nazwa i adres placówki oświatowej/administracji publicznej

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

W związku z moim przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia w ramach **Programu Bezpieczna Rodzina (BR)** zawartego przez **NAU Profit Sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako **Ubezpieczającym**, z InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Zakładem ubezpieczeń, zawartego za pośrednictwem **Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A.** z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, zwanej dalej Agentem, oraz wyrażeniem przeze mnie zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, proszę o potrącanie mi poczynszy od miesiąca:

Nazwa miesiąca/rok

z należnego mi wynagrodzenia za pracę, miesięcznych składek ubezpieczeniowych w wysokości:

Kwota miesięcznej raty składki

Kwota słownie

i przekazywanie ww kwoty, w terminie do 5-go dnia każdego miesiąca, bezpośrednio na rachunek bankowy należący do Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A., wskazany w Certyfikacie do polisy, potwierdzającym zawarcie w/w grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR).

UWAGA!

* W przypadku, gdy potrącanie składek z mojego wynagrodzenia poczynszy od miesiąca

Nazwa miesiąca/rok

jest niemożliwe, proszę o potrącanie mi składek od miesiąca następnego, tj.

Nazwa miesiąca/rok

w wysokości:

1. pierwsze potrącenie

Kwota w wysokości dwóch miesięcznych rat składek

2. kolejne potrącenia

Kwota w wysokości miesięcznej raty składki

Pieczętka pracodawcy, data i czytelny podpis przedstawiciela pracodawcy

Data i czytelny podpis Pracownika Oświaty lub Administracji Publicznej

Dokument pozostaje w placówce, potrąceń składek z wynagrodzenia dokonuje pracodawca.