

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

imię i nazwisko

adres korespondencyjny

nazwa i adres jednostki

W związku z przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego obsługiwanego przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. (dalej: „NAU”), proszę

o potrącanie począwszy od miesiąca

z należnego mi wynagrodzenia za pracę, miesięcznych składek miesięcznych za ubezpieczenie NNW Rodzina Razem w wysokości:

składka

i przekazywanie ww. kwoty w terminie do 5-go dnia każdego miesiąca bezpośrednio na rachunki bankowe wskazane powyżej należące do Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33.

data i czytelny podpis ubezpieczonego