

# WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

PESEL

Nazwisko i imię

Odbiorca(zakład pracy - dalej zwany Pracodawcą)

Zwracam się z prośbą o potrącanie z mojego wynagrodzenia, wynagrodzenia chorobowego, zasiłków opłaty ubezpieczeniowej na poczet składki ubezpieczeniowej:

1/ w wysokości  zł (słownie: ) miesięcznie

w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia

2/ w wysokości  zł (słownie: ) miesięcznie

w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia

3/ w wysokości  zł (słownie: ) miesięcznie

w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia

4/ w wysokości  zł (słownie: ) miesięcznie

w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia

i przekazanie potrąconej kwoty w terminie do 10 dnia każdego miesiąca na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego o numerze:

Data

Czytelny podpis Pracownika

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody na udostępnienie moich danych osobowych przez mojego Pracodawcę (administrator) do Ubezpieczającego:

w celu rozliczenia potrąconych składek na ubezpieczenie. Przedmiotem udostępnienia będą następujące dane osobowe: numer PESEL, imię i nazwisko, wysokość potrąconych składek ubezpieczeniowych, kod ubezpieczenia, wysokość kwoty która nie została potrącona, kod identyfikacyjny zakładu pracy, przyczyna braku dokonania potrącenia. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jest jednak warunkiem dokonania przez pracodawcę potrącenia z wynagrodzenia ( wynagrodzenia chorobowego, zasiłków) opłaty na poczet składek na ubezpieczenie. W przypadku niewyrażenia zgody dokonanie potrącenia nie będzie możliwe.

Upoważniam  Nie upoważniam Ubezpieczającego do przekazania niniejszego wniosku mojemu Pracodawcy, wyrażając tym samym zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Ubezpieczającego, na rzecz mojego Pracodawcy, w celu dokonywania przez Pracodawcę potrąceń na poczet składek na ubezpieczenie. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jest jednak warunkiem przekazania wniosku Pracodawcy przez Ubezpieczającego. W przypadku niewyrażenia zgody, przekazanie wniosku Pracodawcy przez Ubezpieczającego nie będzie możliwe.

Data

Czytelny podpis Pracownika

## KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

W sprawie ochrony swoich danych osobowych może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

Ze szczegółami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Administratora można się zapoznać na stronie internetowej

Potwierdzenie złożenia wniosku

0.03/R/10/2018

Data, pieczęć i podpis pracodawcy

Data i pieczęć przyjmującego

Data i czytelny podpis Pracownika