

## OŚWIADCZENIE ZGODY / REZYGNACJI Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU

(niepotrzebne skreślić)

Nazwa Pracodawcy:

Bridgestone Europe NV/ SA Spółka Akcyjna Oddział w Polsce

Wypełnij drukowanymi literami

Imię i nazwisko pracownika :

Numer PESEL pracownika : ID:

(w przypadku braku PESEL – data urodzenia)

Jesli chcesz przystapic:

POTWIERDZENIE WYBORU  
→ Zaznacz "X" przy wybranym pakiecie jesli chcesz dotaczyc do ubezpieczenia czlonkow swojej rodziny (jesli do ubezpieczenia przystepuje dorosle dziecko – wskaz liczbe przystepujacych dzieci)  
  
→ podpis oswiadczenie

ZGODA NA POTRACANIE SKLADKOWE Z WYNAGRODZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W PZU  

Ja niżej podpisany wyrażam ZGODĘ NA POTRĄCANIE w trybie miesięcznym przez Pracodawcę z moich środków, poniższych składek i przelewania ich na rachunek PZU Życie S.A.:

| PAKIET PODSTAWOWY P PLUS PRACOWNIK |         |                 |                                       |                      |  |
|------------------------------------|---------|-----------------|---------------------------------------|----------------------|--|
| Warant                             | Skladka | Podzial skladki |                                       | POTWIERDZENIE WYBORU |  |
| WARIANT 1                          | 60 PLN  | 59 PLN          | Skladka finansowana przez BRIDGESTONE | X                    |  |
|                                    |         | 1 PLN           | Skladka finansowana przez PRACOWNIKA  |                      |  |

| PAKIET PODSTAWOWY P PLUS CZLONEK RODZINY |         |                              |  |                                                 |  |  |
|------------------------------------------|---------|------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|--|
| Warant                                   | Skladka | POTWIERDZENIE WYBORU         |  |                                                 |  |  |
|                                          |         | Matzonek lub Partner Zyciowy |  | Dorosle Dziecko / Liczba przystepujacych dzieci |  |  |
| WARIANT 2                                | 65 PLN  |                              |  |                                                 |  |  |
| WARIANT 3                                | 47 PLN  |                              |  |                                                 |  |  |

| PAKIETY DODATKOWE DLA PRACOWNIKA ORAZ CZLONKÓW RODZINY |                              |           |                      |                              |                                                 |  |  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|----------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|
| Pakiety dodatkowe                                      | Warant                       | Skladka   | POTWIERDZENIE WYBORU |                              |                                                 |  |  |
|                                                        |                              |           | Pracownik            | Matzonek lub Partner Zyciowy | Dorosle Dziecko / Liczba przystepujacych dzieci |  |  |
| OCHRONA DLA DZIECKA                                    | I                            | 10 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | II                           | 16 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | III                          | 24 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
| WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU                             | I                            | 12 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | II                           | 17 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | WARIANT SKUMULOWANY (I + II) | 29 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
| WSPARCIE DLA RODZINY                                   | I                            | 5 PLN     |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | II                           | 10 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | III                          | 15 PLN    |                      |                              |                                                 |  |  |
| WSPARCIE PO WYPADKU                                    | I                            | 6 PLN     |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | II                           | 10.50 PLN |                      |                              |                                                 |  |  |
|                                                        | III                          | 14.50 PLN |                      |                              |                                                 |  |  |

Data i czytelny podpis Pracownika

Jesli nie chesz przystapic do programu

REZYGNACJA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŽYCIE W PZU (prosimy wypećnić w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia) Oświadcam, że zostałem/ am poinformowany przez Pracodawcę o możliwości przystąpienia do programu grupowego ubezpieczenia na życie w PZU, finansowanego przez Pracodawcę.  
  
Niniejszym nie wyrażam chęci skorzystania z powyższej opcji i dobrowolnie rezygnuję z grupowego ubezpieczenia na życie w firmie PZU.  
  
W przypadku zmiany decyzji informuję Pracodawcę pisemnie oraz wypełnię stosowne dokumenty uprawniające do przystąpienia do programu ubezpieczenia na życie w PZU.

→ podpis rezygnację

Date i czytelny podpis Pracownika