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:** ..... Nr ewid.: ..... *(w przypadku braku PESEL – data urodzenia)*

Jeśli chcesz przystąpić:

POTWIERDZENIE WYBORU

→ Zaznacz "X" przy wybranym pakiecie, jeśli chcesz dołączyć do ubezpieczenia członków swojej rodziny (jeśli do ubezpieczenia przystępuje dorosłe dziecko – wskaż liczbę przystępujących dzieci)

→ podpisz oświadczenie

ZGODA NA POTRĄCANIE SKŁADEK Z WYNAGRODZENIA Z TYTUŁU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W PZU

Ja niżej podpisany wyrażam ZGODĘ NA POTRĄCANIE w trybie miesięcznym przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę, poniższych składek i przekazywania ich na rachunek PZU Życie S.A.
Dodatkowo jestem świadomy/a, że od kwoty 59 PLN finansowanej przez pracodawcę zostanie naliczony podatek dochodowy od osób fizycznych.

PAKIET PODSTAWOWY P PLUS *PRACOWNIK*

Wariant	Składka	Podział składki		POTWIERDZENIE WYBORU
WARIANT 1	60 PLN	59 PLN	Składka finansowana przez BRIDGESTONE	X
		1 PLN	Składka finansowana przez PRACOWNIKA	

PAKIET PODSTAWOWY P PLUS *CZŁONEK RODZINY*

Wariant	Składka	POTWIERDZENIE WYBORU		
		Małżonek lub Partner Życiowy	Dorosłe Dziecko (Podaj liczbę przystępujących dzieci)	
WARIANT 2	65 PLN			
WARIANT 3	47 PLN			

PAKIETY DODATKOWE DLA PRACOWNIKA ORAZ CZŁONKÓW RODZINY

Pakiety dodatkowe	Wariant	Składka	POTWIERDZENIE WYBORU			
			Pracownik	Małżonek lub Partner Życiowy	Dorosłe Dziecko (Podaj liczbę przystępujących 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				
WSPARCIE DLA SERCA	I	10 PLN				
	II	20 PLN				
	III	30 PLN				

Data i czytelny podpis Pracownika ⇨ .....

Jeśli nie chcesz przystąpić do programu

→ podpisz rezygnację

REZYGNACJA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W PZU
(prosimy wypełnić w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany przez Pracodawcę o możliwości przystąpienia do programu grupowego ubezpieczenia na życie w PZU, współfinansowanego 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 wypełnię i dostarczę do działu HR stosowne dokumenty uprawniające do przystąpienia do programu ubezpieczenia na życie w PZU.

.....

Data i czytelny podpis Pracownika