

**OŚWIADCZENIE ZGODY / REZYGNACJI
Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU**
(niepotrzebne skreślić)

Nazwa Pracodawcy:	Bridgestone Stargard Sp. z o.o.
-------------------	--

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 <u>PRACOWNIK</u>				
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 <u>CZŁONEK RODZINY</u>			
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