

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

Nazwa Pracodawcy:	Bridgestone Poznań Sp. z o.o.
Wypełnij drukowanymi literami	Imię i nazwisko pracownika: Numer PESEL pracownika: Nr ewid.: <i>(w przypadku braku PESEL – data urodzenia)</i>

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)

→ podpis
oświadczenie

**Jeśli nie chcesz
przystąpić do
programu**

→ podpisz rezygnację

Bridgestone Poznań Sp. z o.o.

Imię i nazwisko pracownika:

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

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 CZŁONEK RODZINY

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

PAKIETY DODATKOWE DLA PRACOWNIKA ORAZ CZŁONKÓW RODZINY

Pakiety dodatkowe	Wariant	Składka	POTWIERDZENIE WYBORU			
			Pracownik	Matżonek lub Partner Życiowy	Dorośle 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				

Data i czytelny podpis Pracownika

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 wypełnić i dostarczyć do działu HR stosowne dokumenty uprawniające do przystąpienia do programu ubezpieczenia na życie w PZU.

Data i czytelny podpis Pracownika