

# OŚWIADCZENIE ZGODY NA DOKONYWANIE POTRĄCIEŃ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE GRUPOWE PZU NA ŻYCIE PLUS

**Wypełnij czytelnie,  
drukowanymi literami**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus niniejszym wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę oraz zasiłków (chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich itp.) sumy poniższych kwot składek w trybie miesięcznym:

**Pracodawca:**  
**WĘGŁOKOKS SA**  
Adama Mickiewicza 29 ,  
40-085 Katowice

## UWAGA

**Jeśli chcesz przystąpić  
do ubezpieczenia PZU  
Życie Na Życie Plus:**

→ **zaznacz wariant**  
wybrany przez Ciebie i  
(jeśli dotyczy) Członka  
Twojej Rodziny  
wstawiając „X”

| Ubezpieczenie na życie i zdrowie | Składka miesięczna | Pracownik | Małżonek / Partner | Pełnoletnie dziecko |
|----------------------------------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| WARIANT I                        | 69,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT II                       | 88,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT III                      | 95,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT IV                       | 102,00 zł          |           |                    |                     |
| WARIANT V                        | 85,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT VI                       | 94,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT VII                      | 115,00 zł          |           |                    |                     |

| Dodatkowa ochrona życia DOŻ | Składka miesięczna | Pracownik | Małżonek / Partner | Pełnoletnie dziecko |
|-----------------------------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| WARIANT I                   | 13,00 zł           |           |                    |                     |

*Poniższe opcje są dostępne dla małżonka/partnera lub pełnoletniego dziecka tylko wtedy gdy ubezpieczony podstawowy (pracownik) z nich korzysta!*

| W Razie Wypadku | Składka miesięczna | Pracownik | Małżonek / Partner | Pełnoletnie dziecko |
|-----------------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| WARIANT I       | 6,50 zł            |           |                    |                     |
| WARIANT II      | 12,00 zł           |           |                    |                     |

| Ochrona dla dziecka | Składka miesięczna | Pracownik | Małżonek / Partner | Pełnoletnie dziecko |
|---------------------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| WARIANT I           | 11,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT II          | 15,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT III         | 23,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT III         | 35,00 zł           |           |                    |                     |

| Wsparcie w razie nowotworu | Składka miesięczna | Pracownik | Małżonek / Partner | Pełnoletnie dziecko |
|----------------------------|--------------------|-----------|--------------------|---------------------|
| WARIANT I                  | 12,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT II                 | 21,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT III                | 31,00 zł           |           |                    |                     |
| WARIANT III                | 47,00 zł           |           |                    |                     |

| Wsparcie dla<br>Twojego serca | Składka<br>miesięczna | Pracownik | Małżonek /<br>Partner | Pełnoletnie<br>dziecko |
|-------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|------------------------|
| WARIANT I                     | 10,00 zł              |           |                       |                        |
| WARIANT II                    | 20,00 zł              |           |                       |                        |
| WARIANT III                   | 30,00 zł              |           |                       |                        |

| Wsparcie dla<br>rodziny | Składka<br>miesięczna | Pracownik | Małżonek /<br>Partner | Pełnoletnie<br>dziecko |
|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|------------------------|
| WARIANT I               | 5,00 zł               |           |                       |                        |
| WARIANT II              | 10,00 zł              |           |                       |                        |
| WARIANT III             | 15,00 zł              |           |                       |                        |

| Wsparcie dla bliskich* | Składka<br>miesięczna | Pracownik | Małżonek /<br>Partner | Pełnoletnie<br>dziecko |
|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|------------------------|
| WARIANT I              | 12,00 zł              |           |                       |                        |
| WARIANT II             | 17,00 zł              |           |                       |                        |

*\*Dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego.*

| Wsparcie po<br>wypadku | Składka<br>miesięczna | Pracownik | Małżonek /<br>Partner | Pełnoletnie<br>dziecko |
|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|------------------------|
| WARIANT I              | 6,00 zł               |           |                       |                        |
| WARIANT II             | 10,50 zł              |           |                       |                        |
| WARIANT III            | 14,50 zł              |           |                       |                        |

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>SUMA SKŁADEK</b> |  |
|---------------------|--|

W przypadku ustania związku małżeńskiego/partnerskiego z ubezpieczonym Małżonkiem/Partnerem zobowiązuję się poinformować o tym fakcie Dział Płac.

Data wypełnienia ..... Czytelny podpis Pracownika .....