

## PROponujemy ZMIANĘ WARUNKÓW PAŃSTWA UBEZPIECZENIA

<b>NUMER POLISY</b>	<b>750/0035660</b>
Grupowe ubezpieczenie	Allianz Rodzina
Ubezpieczający	Zakład Gospodarowania Odpadami Gać sp. z o.o.

Warszawa, 9.07.2021 r.

Szanowni Państwo,

przygotowaliśmy dla Państwa propozycję zmiany warunków programu grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina, który działa obecnie w Państwa firmie.

W tym liście informujemy o tym, co zrobić, by skorzystać z oferty. Na kolejnych stronach znajdą Państwo szczegóły nowego zakresu umowy.

Gdyby mieli Państwo jakieś pytania, więcej informacji o naszej propozycji przedstawi opiekun Państwa polisy: Bożena Rządowska, tel. +48605837775, e-mail: bozena.rzadkowska@port.allianz.pl.

Z wyrazami szacunku



Krzysztof Wanatowicz  
Członek Zarządu

### Co zrobić, by skorzystać z oferty

Jeśli chcą Państwo skorzystać z przedstawionej propozycji, prosimy, by przekazali Państwo podpisaną ofertę wraz z formularzem wniosku o zmianę warunków umowy ubezpieczenia do opiekuna Państwa polisy.

### Najważniejsze informacje o ofercie

- Oferta jest ważna jeżeli w pierwszym miesiącu wejścia w życie proponowanej zmiany zostanie objętych ochroną **103 pracowników**.
- Oferta jest ważna do **07.09.2021 r.** – do tego dnia mogą Państwo zaakceptować jej warunki.

### Dodatkowe informacje

- Ten materiał nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 § 1 Kodeksu cywilnego. Pełne informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności TU Allianz Życie Polska S.A. (Allianz) zawierają warunki umowy w tym ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Allianz Rodzina wraz z załącznikami, zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 8/2017 (o.w.u.).
- Ogólne warunki ubezpieczenia udostępniamy na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl). Jeśli chcieliby Państwo otrzymać je na swój adres e-mail, prosimy, by zgłosili Państwo taką dyspozycję przez naszą infolinię lub do opiekuna Państwa polisy.

### KONTAKT DO NAS

 224 224 224[www.allianz.pl](http://www.allianz.pl)

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).





# ALLIANZ RODZINA



## Oferowane świadczenia ubezpieczeniowe

### UMOWA

### SUMA UBEZPIECZENIA

Grupowe ubezpieczenie na życie Allianz Rodzina	10 000 zł
--	-----------

DOSTĘPNOŚĆ WARIANTU	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
Dla pracownika	kod R1u	kod R2u	kod R3u
Dla małżonka/partnera/pełnoletniego dziecka	kod R4w		kod R5w
Składka miesięczna za ubezpieczonego	63,30 zł	75,70 zł	63,30 zł

RODZAJ ŚWIADCZENIA	ZAKRES	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
Świadczenia podstawowe	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczeń z tytułu: zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku, zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy, zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, o ile umowa przewiduje te świadczenia	235 000 zł	235 000 zł	235 000 zł
	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczeń z tytułu: zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile umowa przewiduje te świadczenia	170 000 zł	170 000 zł	170 000 zł
	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczeń z tytułu: zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile umowa przewiduje te świadczenia	170 000 zł	170 000 zł	170 000 zł
	Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego	110 000 zł	110 000 zł	110 000 zł
	Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego	-	-	50 000 zł
	Zgon ubezpieczonego	40 000 zł	40 000 zł	40 000 zł
	Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	3 000 zł	3 000 zł	3 000 zł
	Portal diabetologiczny dla ubezpieczonego i świadczenia opiekuńcze dla ubezpieczonego oraz jego rodziny	zgodnie z o.w.u.	zgodnie z o.w.u.	zgodnie z o.w.u.
	Ubezpieczenie rodziny	Zgon współmałżonka/partnera ubezpieczonego w następstwie wypadku Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka lub partnera	30 000 zł	30 000 zł
Zgon współmałżonka/partnera ubezpieczonego		9 000 zł	9 000 zł	9 000 zł
Zgon dziecka ubezpieczonego		3 500 zł	3 500 zł	3 500 zł
Poronienie lub urodzenie dziecka martwego		1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł
Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu		1 200 zł	1 200 zł	600 zł

**RODZAJ  
ŚWIADCZENIA**
**ZAKRES**
**WARIANT I**
**WARIANT II**
**WARIANT III**

RODZAJ ŚWIADCZENIA	ZAKRES	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
	Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmatronka/rodzica partnera ubezpieczonego	1 500 zł	1 500 zł	750 zł
Utrata sprawności	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie wypadku - system świadczeń proporcjonalnych - świadczenie za 100% uszczerbku - świadczenie za 1% uszczerbku	40 000 zł 400 zł	40 000 zł 400 zł	40 000 zł 400 zł
	Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	200 zł	200 zł	200 zł
	Uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - świadczenie za 100% uszczerbku - świadczenie za 1% uszczerbku	30 000 zł 300 zł	30 000 zł 300 zł	30 000 zł 300 zł
	Koszty leczenia poniesione na terenie RP w następstwie wypadku ubezpieczonego Refundowane są faktycznie poniesione koszty objęte zakresem ubezpieczenia – podana wysokość świadczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz za zdarzenie	1 000 zł	1 000 zł	1 500 zł
	Inwalidztwo ubezpieczonego	20 000 zł	20 000 zł	20 000 zł
	Koszty leczenia poniesione na terenie RP w następstwie wypadku współmatronka/partnera ubezpieczonego Refundowane są faktycznie poniesione koszty objęte zakresem ubezpieczenia – podana wysokość świadczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz za zdarzenie	-	1 000 zł	-
	Uszczerbek na zdrowiu dziecka ubezpieczonego w następstwie wypadku - świadczenie za 100% uszczerbku - świadczenie za 1% uszczerbku	-	10 000 zł 100 zł	-
	Koszty leczenia poniesione na terenie RP w następstwie wypadku dziecka ubezpieczonego Refundowane są faktycznie poniesione koszty objęte zakresem ubezpieczenia – podana wysokość świadczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz za zdarzenie.	-	2 000 zł	-
Leczenie	Leczenie ubezpieczonego w szpitalu kwota za dzień pobytu minimalna ilość dni pobytu Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	60 zł powyżej 3 dni	60 zł powyżej 3 dni	60 zł powyżej 3 dni
	Leczenie ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku - świadczenie za każdy dzień pobytu (do 180 dni) - Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu leczenia ubezpieczonego w szpitalu. - Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	160 zł	160 zł	160 zł
	Leczenie ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy - świadczenie za każdy dzień pobytu (do 180 dni) - Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu: leczenia ubezpieczonego w szpitalu, leczenia ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku. - Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	220 zł	220 zł	220 zł

	Leczenie ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu za dzień pobytu minimalna ilość dni pobytu Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu leczenia ubezpieczonego w szpitalu. Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	120 zł powyżej 3 dni	120 zł powyżej 3 dni	120 zł powyżej 3 dni
	Leczenie ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego świadczenie za każdy dzień pobytu (do 180 dni) Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu: leczenia ubezpieczonego w szpitalu, leczenia ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku. - Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	220 zł	220 zł	220 zł
	Leczenie ubezpieczonego w szpitalu na OIOM świadczenie za każdy dzień pobytu (do 180 dni) Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	100 zł	100 zł	100 zł
	Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	3 000 zł	3 000 zł	3 000 zł
	Leczenie operacyjne ubezpieczonego	Kategoria C: 900 zł Kategoria B: 600 zł Kategoria A: 300 zł Kwota bazowa: 300 zł	Kategoria C: 900 zł Kategoria B: 600 zł Kategoria A: 300 zł Kwota bazowa: 300 zł	Kategoria C: 900 zł Kategoria B: 600 zł Kategoria A: 300 zł Kwota bazowa: 300 zł
	Wystąpienie u ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	Kategoria B: 3 000 zł Kategoria A: 1 500 zł Kwota bazowa: 1 500 zł	Kategoria B: 3 000 zł Kategoria A: 1 500 zł Kwota bazowa: 1 500 zł	Kategoria B: 5 000 zł Kategoria A: 2 500 zł Kwota bazowa: 2 500 zł
	Leczenie ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia podana wysokość świadczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Allianz z tytułu jednego zdarzenia.	-	-	2 000 zł
	Sanatorium po pobycie w szpitalu ubezpieczonego (wypłata ryczałtowa)	300 zł	500 zł	300 zł
	Leczenie dziecka ubezpieczonego w szpitalu za dzień pobytu minimalna ilość dni pobytu Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	-	40 zł powyżej 3 dni	-
	Leczenie dziecka ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku świadczenie za każdy dzień pobytu (do 180 dni) Wysokość świadczenia podano łącznie z wysokością świadczenia z tytułu leczenia dziecka ubezpieczonego w szpitalu. - Jeśli leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 180 dni, zostanie wypłacone świadczenie za 360 dni pobytu w szpitalu.	-	80 zł	-
	Teleopieka kardiologiczna	-	zgodnie z o.w.u.	zgodnie z o.w.u.
<b>Choroba</b>	Poważne zachorowanie ubezpieczonego - zakres podstawowy (27 jednostek chorobowych) wraz z refundacją kosztów kontrolnych badań laboratoryjnych do kwoty 200 zł.	6 000 zł	6 000 zł	-

RODZAJ ŚWIADCZENIA	ZAKRES	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
	Poważne zachorowanie ubezpieczonego - zakres rozszerzony (61 jednostek chorobowych) wraz z refundacją kosztów kontrolnych badań laboratoryjnych do kwoty 300 zł.	-	-	6 000 zł
	Nowotwór in situ ubezpieczonego (katalog 9 pozycji) wraz z refundacją kosztów kontrolnych badań laboratoryjnych do kwoty 250 zł.	1 000 zł	1 000 zł	1 000 zł
	Poważne zachorowanie współmałżonka/partnera ubezpieczonego (27 jednostek chorobowych)	3 000 zł	3 000 zł	3 000 zł
	Poważne zachorowanie dziecka ubezpieczonego (23 jednostki chorobowe)	7 000 zł	17 000 zł	7 000 zł

### Oświadczenie o stanie zdrowia

#### OSOBA SKŁADAJĄCA DEKLARACJĘ

#### POWYŻEJ 20 ZATRUDNIONYCH

Pracownik

nie dotyczy

Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko

zawsze wymagane

### Standardowe karencje przewidziane w o.w.u.

#### KARENCE

Pracownik	przystąpienie w ciągu pierwszych 3m-cy od rozpoczęcia polisy lub od zatrudnienia	przystąpienie od 4 m-ca od rozpoczęcia polisy lub od zatrudnienia
Współmałżonek/Partner/Pełnoletnie Dziecko Wskazanie Partnera następuje na podstawie pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego na deklaracji przystąpienia lub dodatkowego oświadczenia. Zmiana wskazania partnera może nastąpić po upływie jednego roku od daty przystąpienia do ubezpieczenia lub od daty ostatniej zmiany oświadczenia. Każdorazowo obowiązuje forma pisemna w celu wprowadzenia zmian. Po każdej zmianie wskazania Partnera podlega on karencjom wskazanym w powyższej tabeli ( tj. 1 m-c, 3 -, 6 - i 9 m-cy).	przystąpienie w ciągu pierwszych 3 m-cy od zawarcia związku małżeńskiego/ przystąpienia partnera jako Ubezpieczonego Pracownika/ uzyskania pełnoletności przez dziecko	przystąpienie od 4 m-ca po zawarciu związku małżeńskiego/ przystąpieniu partnera jako Ubezpieczonego Pracownika/ uzyskaniu pełnoletności przez dziecko
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sanatorium po pobycie w szpitalu ubezpieczonego</li> <li>Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego</li> <li>Leczenie ubezpieczonego w szpitalu</li> <li>Leczenie ubezpieczonego w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</li> <li>Leczenie dziecka ubezpieczonego w szpitalu</li> </ul>	bez karencji	1 miesiąc

## KARENCEJE

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poważne zachorowanie dziecka ubezpieczonego</li> <li>• Nowotwór in situ ubezpieczonego</li> <li>• Poważne zachorowanie współmałżonka/partnera ubezpieczonego</li> <li>• Leczenie ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia</li> <li>• Poważne zachorowanie ubezpieczonego - zakres podstawowy</li> <li>• Poważne zachorowanie ubezpieczonego - zakres rozszerzony</li> </ul>	bez karencji	3 miesiące
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgon rodzica ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka/rodzica partnera ubezpieczonego</li> <li>• Zgon ubezpieczonego</li> <li>• Zgon współmałżonka/partnera ubezpieczonego</li> <li>• Zgon dziecka ubezpieczonego</li> <li>• Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego</li> <li>• Leczenie operacyjne ubezpieczonego</li> <li>• Zgon ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</li> </ul>	bez karencji	6 miesięcy
Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	bez karencji	9 miesięcy

## Świadczenia opiekuńcze

### MAKSYMALNE LIMITY BEZGOTÓWKOWE NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZONE

RODZAJ ŚWIADCZENIA	RODZIC			
	UBEZPIECZONY	WSPÓŁMAŁŻONEK/ PARTNER UBEZPIECZONEGO	DZIECKO UBEZPIECZONEGO (PRZED UKOŃCZENIEM 25 ROKU ŻYCIA)	UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA/ PARTNERA UBEZPIECZONEGO
Portal diabetologiczny dostępny po zalogowaniu i możliwość rozmowy telefonicznej z lekarzem diabetologiem dostępnym od poniedziałku do piątku w godzinach 8-16	bez limitu	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
Wizyty fizykoterapeuty w domu lub transport oraz wizyty w poradni rehabilitacyjnej	700 zł	700 zł	700 zł	nie dotyczy
Transport sprzętu rehabilitacyjnego do domu	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy
Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy
Wizyty u psychologa w razie poważnego zachorowania, śmierci osoby bliskiej, poronienia	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy
Jeden transport medyczny z miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego do placówki medycznej	1000 zł	1000 zł	1000 zł	nie dotyczy
Jeden transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	1000 zł	1000 zł	1000 zł	nie dotyczy
Jeden transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy
Wizyta lekarska w placówce medycznej lub w miejscu pobytu po nieszczęśliwym wypadku	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy
Wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu po nieszczęśliwym wypadku	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy

**MAKSYMALNE LIMITY BEZGOTÓWKOWE  
NA JEDNO ZDARZENIE UBEZPIECZONE**

RODZAJ ŚWIADCZENIA	UBEZPIECZONY	WSPÓŁMAŁŻONEK/ PARTNER UBEZPIECZONEGO	DZIECKO UBEZPIECZONEGO (PRZED UKOŃCZENIEM 25 ROKU ŻYCIA)	RODZIC
				UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA/ PARTNERA UBEZPIECZONEGO
Dostarczanie leków do miejsca pobytu (bez kosztów leków)	100 zł	100 zł	100 zł	nie dotyczy
Przewóz dzieci do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej i ich powrót w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego trwającej powyżej 3 dni	bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe	bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe	bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe	nie dotyczy
Przejazd osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i powrót w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego trwającej powyżej 3 dni	bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe	bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe	bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe	nie dotyczy
Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego trwającej powyżej 3 dni	max 150 zł za dzień (max do 3 dni)	max 150 zł za dzień (max do 3 dni)	max 150 zł za dzień (max do 3 dni)	nie dotyczy
Pomoc domowa (przygotowanie posiłków, drobne zakupy) po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 7 dni	300 zł (max przez 5 dni)	300 zł (max przez 5 dni)	300 zł (max przez 5 dni)	nie dotyczy
Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie ich choroby	200 zł	200 zł	200 zł	nie dotyczy
Organizacja prywatnych lekcji dla Dziecka Ubezpieczonego	200 zł	200 zł	200 zł	nie dotyczy
Organizacja pobytu opiekuna prawnego w razie hospitalizacji Dziecka	500 zł	500 zł	500 zł	nie dotyczy
Opieka pielęgniarki po hospitalizacji w przypadku hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	1500 zł (max przez 5 dni)	1500 zł (max przez 5 dni)	1500 zł (max przez 5 dni)	nie dotyczy
Infolinia Baby Assistance	bez limitu	bez limitu	bez limitu	nie dotyczy
Infolinia Zdrowe Odżywianie	bez limitu	bez limitu	bez limitu	nie dotyczy
Infolinia Zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu	bez limitu	bez limitu	bez limitu
Infolinia dla Rodziców dzieci mających problemy narkotykowe	bez limitu	bez limitu	bez limitu	nie dotyczy
Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowo narodzonym dzieckiem w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala	150 zł	150 zł	nie dotyczy	nie dotyczy
Pomoc domowa i pielęgniarska po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni dla Rodzica lub Rodzica Współmatronka lub Rodzica Partnera	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	500 zł
Transport Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Współmatronka na jedną wizytę kontrolną po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	raz w roku
Osobisty asystent dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Współmatronka	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	200 zł
Dostęp do infolinii medycznej	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	bez limitu

### Oświadczenie ubezpieczającego

Oświadczam, że przed złożeniem mi tej propozycji zmiany warunków umowy ubezpieczenia przeprowadzono badanie moich wymagań i potrzeb w celu weryfikacji, czy propozycja jest z nimi zgodna

w zakresie ochrony ubezpieczeniowej. Przed zmianą warunków umowy ubezpieczenia przekazano mi dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (kartę produktu) oraz dokument

informacyjny zawierający informacje, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

---

 **Potwierdzam akceptację warunków**

Ubezpieczający:

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ podpis