



**POLISA UBEZPIECZENIA PZU DORADCA**  
**Nr 1009521796**



1	<b>Okres ubezpieczenia:</b> od 09.10.2023 r. do 08.10.2024 r.		
2	<b>Ubezpieczający: DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK</b> Adres siedziby: CHUDÓW, SZKOLNA 47, 44-177 PANIÓWKI E-mail: DKLDRAZYK@GMAIL.COM		REGON: 241112330 Telefon: +48509503320
3	<b>Ubezpieczony: DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK</b> Adres siedziby: CHUDÓW, SZKOLNA 47, 44-177 PANIÓWKI E-mail: DKLDRAZYK@GMAIL.COM		REGON: 241112330 Telefon: +48509503320
<b>Miejsce ubezpieczenia: CHUDÓW, SZKOLNA 47, 44-177 PANIÓWKI</b>			
<b>I. BUDYNEK # NULL</b>			
<b>Zakres ubezpieczenia</b>			
		<b>Suma ubezpieczenia</b>	
		<b>Ubezpieczenie od ognia i innych żywiołów</b> wariant: od ryzyk nazwanych	<b>Ubezpieczenie od kradzieży z włamaniem i rabunku</b>
4	• Budynek	–	–
	• Maszyny, urządzenia i wyposażenie (wg wartości odtworzeniowej)	5 000 PLN <sup>1</sup>	–
	System ubezpieczenia: <sup>1</sup> sumy stałe; <sup>2</sup> pierwsze ryzyko; <sup>3</sup> sumy zmienne		
<b>II. POSTANOWIENIA DODATKOWE DLA MIEJSCA UBEZPIECZENIA</b>			
<b>Nazwa klauzuli</b>			
• Klauzula przepięć Limit: 1 000 PLN		Franszyza redukccyjna wg OWU	
• Klauzula dewastacji Limit: 1 000 PLN; Podlimit dla urządzeń zewnętrznych: 1 000 PLN		wg OWU	
<b>Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej</b> Odpowiedzialność cywilna w związku z posiadanym mieniem lub prowadzoną działalnością <b>Ubezpieczona działalność wraz z PKD:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tynkowanie (43.31.Z)</li><li>• Wykonywanie wykopów i wierceń geologiczno-inżynierskich (43.13.Z)</li><li>• Malowanie i szklenie (43.34.Z)</li><li>• Roboty związane z budową rurociągów przesyłowych i sieci rozdzielczych (42.21.Z)</li><li>• Roboty związane z budową dróg i autostrad (42.11.Z)</li><li>• Rozbiórka i burzenie obiektów budowlanych (43.11.Z)</li><li>• Przygotowanie terenu pod budowę (43.12.Z)</li><li>• Naprawa i konserwacja maszyn (33.12.Z)</li><li>• Posadzkarstwo (43.33.Z)</li><li>• Naprawa i konserwacja metalowych wyrobów gotowych (33.11.Z)</li><li>• Zakładanie stolarki budowlanej (43.32.Z)</li><li>• Wykonywanie instalacji wodno-kanalizacyjnych, ciepłych, gazowych i klimatyzacyjnych (43.22.Z)</li><li>• Pozostała sprzedaż detaliczna prowadzona poza siecią sklepową, straganami i targowiskami (47.99.Z)</li></ul>			
<b>Suma gwarancyjna</b> Suma gwarancyjna na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia 2 500 000 PLN			
6	<b>Ubezpieczenie Assistance</b> Zakres podstawowy – zgodny z OWU		
<b>Franszyzy</b>			
7			<b>Franszyza redukccyjna</b>
	Ogień i inne żywioły	300 PLN	
	Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	5%, nie mniej niż 500 PLN	
8	<b>Zniżki i zwyny składki</b> Wznowione MSP		
9	<b>Składka łączna: 3 417,87 PLN</b>		
	Kwota w PLN	1 711,87	1 706,00
	Termin płatności	18.10.23	18.04.24
10	<b>Numer rachunku bankowego do zapłaty składki</b> 67 1240 6960 3014 0110 0256 2448 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1009521796		
11	<b>Warunki ubezpieczenia</b> 1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r.		

1009521796/pc:100000511007314/BE20 PIN: 9115

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, kapitał zakładowy: 86 352 300 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)  
DSPMMSP/23G03\_02/20231004.1504/proddppu01-316485641.3/FILE/pc:100000511007314





## Oświadczenia

12

- Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.
- ☒ \* Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- Oświadczam, że otrzymałem/łam informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.
- ☒ \* Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
- ☒ \* Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
- Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU SA informacji o stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia, a także do przekazywania kopii dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania PZU SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU SA oraz wysokość świadczenia.

- Przekazano informację o administratorze danych osobowych, danych kontaktowych administratora oraz inspektora ochrony danych, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach jakie przysługują podmiotowi danych, informację o niezbędności podania danych do przygotowania oferty oraz o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji. Informację udostępniono również pod adresem [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl).
- ☒ \* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadał ubezpieczenia w tej firmie.
- ☒ \* Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres [kontakt@pzu.pl](mailto:kontakt@pzu.pl) albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

\* ☒ w polu oznacza zgodę

Pełne nazwy spółek:

PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; TFI PZU SA - Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

## Postanowienia dodatkowe lub odmienne

13

- W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.

Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)

- Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Data zawarcia umowy: 04.10.2023 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.

Podpis/pieczęć ubezpieczającego

DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK

Ubezpieczający

Podpis/pieczęć ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

**UBEZPIECZENIA EWA ŚLUPCZEWSKA**  
43-100 Tychy, ul. Armii Krajowej 6/111  
NIP: 793 130 35 80  
REGON: 389040370  
tel. 519 320 945



**801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**  
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

1009521796/pc:100000511007314/BE20 PIN: 9115

**801 102 102** **pzu.pl**



# OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA PZU DORADCA

## Nr 1009521796



<b>1</b>	<b>Okres ubezpieczenia:</b> od <b>09.10.2023 r.</b> do <b>08.10.2024 r.</b>	
<b>2</b>	<b>Ubezpieczający: DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK</b> Adres siedziby: CHUDÓW, SZKOLNA 47, 44-177 PANIÓWKI E-mail: DKLDRAZYK@GMAIL.COM	REGON: 241112330 Telefon: +48509503320
<b>3</b>	<b>Składka łączna: 3 417,87 PLN</b> Sposób płatności: Przelew	
<b>Informacje do oceny ryzyka</b>		
<b>Miejsce ubezpieczenia: CHUDÓW, SZKOLNA 47, 44-177 PANIÓWKI</b>		
<b>4</b>	<b>1) Działalność prowadzona w lokalizacji wraz z PKD:</b> a) Naprawa i konserwacja metalowych wyrobów gotowych (33.11.Z) b) Naprawa i konserwacja maszyn (33.12.Z) c) Roboty związane z budową dróg i autostrad (42.11.Z) d) Roboty związane z budową rurociągów przesyłowych i sieci rozdzielczych (42.21.Z) e) Rozbiórka i burzenie obiektów budowlanych (43.11.Z) f) Przygotowanie terenu pod budowę (43.12.Z) g) Wykonywanie wykopów i wierceń geologiczno-inżynierskich (43.13.Z) h) Wykonywanie instalacji wodno-kanalizacyjnych, ciepłych, gazowych i klimatyzacyjnych (43.22.Z)	i) Tynkowanie (43.31.Z) j) Zakładanie stolarki budowlanej (43.32.Z) k) Posadzkarstwo (43.33.Z) l) Malowanie i szklenie (43.34.Z) m) Pozostała sprzedaż detaliczna prowadzona poza siecią sklepową, straganami i targowiskami (47.99.Z)
	<b>2) Informacje dodatkowe dla: BUDYNEK # NULL</b> a) Rodzaj obiektu: Budynek b) Klasa palności: niepalna	
<b>Oświadczenia</b>		
<b>5</b>	<p>1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia PZU DORADCA, ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/333/2020 z dnia 1 grudnia 2020 r. oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.</p> <p>2. Oświadczenie o wysokości obrotu, dotyczy: 1) DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK, REGON: 241112330 a) całkowity obrót roczny: 2 000 000,00 PLN b) obrót z działalności handlowej i produkcyjnej: 0,00 PLN</p> <p>3. Oświadczenie o przebiegu ubezpieczenia: 1) w ciągu ostatniego roku liczba szkód wypłaconych wyniosła: 0, łączna suma wypłat: 0,00 PLN 2) w ciągu trzech ostatnich lat liczba szkód wypłaconych wyniosła: 3, łączna suma wypłat: 7 917,23 PLN</p> <p>4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego.</p> <p>5. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.</p> <p>6. Oświadczam, że otrzymałem/om informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonem mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.</p> <p>7. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).</p> <p>8. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.</p> <p>9. Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU SA informacji o stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia, a także do przekazywania kopii dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne aby ustalić</p>	
	<p>odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania PZU SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU SA oraz wysokość świadczenia.</p> <p>10. Przekazano informację o administratorze danych osobowych, danych kontaktowych administratora oraz inspektora ochrony danych, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach jakie przysługują podmiotowi danych, informację o niezbędności podania danych do przygotowania oferty oraz o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji. Informację udostępniono również pod adresem <a href="http://www.pzu.pl">www.pzu.pl</a>.</p> <p>11. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.</p> <p>12. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).</p> <p>13. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p> <p>* <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę</p> <p>Pełne nazwy spółek: PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; TFI PZU SA - Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiej Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.</p>	
<b>Postanowienia dodatkowe lub odmienne</b>		
<b>6</b>	<p>1. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.</p> <p>2. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.</p>	

1009521796/pc:100000511007314/BE20 PIN: 9115

**Potwierdzam dane kontaktowe**

DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK  
E-mail: DKLDRAZYK@GMAIL.COM  
Telefon: +48509503320

Data zawarcia umowy: 04.10.2023 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/skłonna zapłacić.

\_\_\_\_\_

Podpis/pieczęć ubezpieczającego

DRAŻYK KRZYSZTOF DKL DRAŻYK

Ubezpieczający

\_\_\_\_\_

Podpis/pieczęć ubezpieczającego do polisy

**UBEZPIECZENIA EWA SKUPCZEWSKA**  
43-100 Tychy, ul. Armii Krajowej 6/111  
NIP: 793 130 35 80  
REGON: 389040370  
tel. 519 320 945

\_\_\_\_\_

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



**801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**  
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)