



1	Okres ubezpieczenia/ <i>Period of insurance:</i> od 01.09.2025 do 31.08.2026	liczba dni: 365
2	Ubezpieczający/ <i>Policyholder:</i> WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres siedziby: UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20, 85-619 BYDGOSZCZ E-mail: Nieustalony Telefon: Klient odmówił	REGON: 541427403
3	Cel podróży ☐ Nauka ☐ Sporty wyczynowe ☐ Sporty wysokiego ryzyka ☐ Praca lub podróż służbowa ☒ Rekreacyjne narciarstwo i snowboard ☒ Turystyka ☐ Wycieczka rowerowa ☐ Zorganizowany wypoczynek ☐ Planowe leczenie i diagnostyka ☐ Inny	
4	Grupa ubezpieczonych: Uczestnicy wyjazdów organizowanych przez WINTEREVENT-INVESTMENTS. Liczba ubezpieczonych osób: Liczba ubezpieczonych osobodni:	Składka za 1 osobodzień:
5	Zakres ubezpieczenia/ <i>Scope of insurance</i> Podstawowy zakres ubezpieczenia/ <i>Basic scope of insurance</i> • Koszty leczenia/ <i>Medical Treatment Costs</i> • Assistance - Pakiet podstawowy/ <i>Basic scope</i> Suma ubezpieczenia/ <i>Sum Insured</i> 40 000 zł Rozszerzony zakres ubezpieczenia/ <i>Extended scope of insurance</i> Suma ubezpieczenia/ <i>Sum Insured</i> 10 000 zł 1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)/ <i>Accident insurance (NNW)</i> • Świadczenie z tytułu śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu/ <i>Death and Health Damage</i> Ryzyka dodatkowe objęte polisą/ <i>Peril coverage group</i> • Zaostrzenie chorób przewlekłych/ <i>Chronic disease</i> (W ubezpieczeniu kosztów leczenia i assistance (bez opłaty dodatkowej składki) odpowiadamy do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia) • Rekreacyjne uprawianie narciarstwa i snowboardu/ <i>Amateur ski and snowboard</i> Klasa ryzyka/ <i>Risk Class</i>	
6	Osoba do kontaktu w RP/ <i>Person to be contacted</i>	Telefon: +48 523076688
7	Składka łączna: Jednorazowo Kwota w złotych Termin płatności 11.08.2025	8 Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki 52 1240 6960 3014 0110 4811 5082 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1109692324
9	Warunki ubezpieczenia 1. Do niniejszej umowy ubezpieczenia zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia PZU Wojażer ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna nr UZ/109/2022 z dnia 20 kwietnia 2022r.	
10	Postanowienia dodatkowe 1. łączna liczba ubezpieczonych osób: 2. łączna liczba ubezpieczonych osobodni: 3. Ustala się, z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień OWU, że: 1) § 4 ust. 1 pkt 1 OWU nie ma zastosowania; 2) § 25 ust. 1 pkt 6 OWU otrzymuje brzmienie: „6) leczenie związane z zaostrzeniem lub powikłaniami: a) chorób przewlekłych, b) chorób będących przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, c) zabiegu przeprowadzonego w ramach chirurgii jednego dnia w okresie 30 dni przed zawarciem umowy ubezpieczenia – z zastrzeżeniem § 30 ust. 1 pkt 8-10.”; 3) § 26 pkt 3 OWU otrzymuje brzmienie: „3) Transport zwłok ubezpieczonego do miejsca pochówku Jeżeli ubezpieczony zmarł podczas podróży w okresie ubezpieczenia, PZU SA organizuje i pokrywa koszty transportu zwłok do miejsca pochówku w kraju stałego zamieszkania. Dodatkowo PZU SA pokrywa koszty zakupu trumny wymaganej do transportu zwłok maksymalnie do kwoty 5 000 zł. W przypadku kremacji zwłok w kraju, w którym miał miejsce wypadek ubezpieczeniowy, PZU SA pokrywa koszty kremacji i koszty transportu prochów do miejsca pochówku, do wysokości kwot, jakie zostałyby poniesione przez PZU SA w przypadku transportu zwłok.” 4) § 28 ust. 4 OWU nie ma zastosowania.	
11	Oświadczenia 1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem/am ogólne warunki ubezpieczenia PZU Wojażer oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. 2. Oświadczam, że kraj wyjazdu/aktualnego pobytu osób zgłoszonych do ubezpieczenia nie jest krajem ich stałego zamieszkania ani krajem ich rezydencji (chyba że zakres ubezpieczenia PZU Wojażer, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ubezpieczenie rezydenta). 3. Oświadczam, że celem podróży nie jest planowe leczenie lub diagnostyka. 4. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z OWU ubezpieczenia PZU Wojażer, umowa ubezpieczenia jest nieważna, gdy krajem docelowym podróży osób zgłoszonych do ubezpieczenia jest kraj ich stałego zamieszkania lub kraj ich rezydencji (chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ubezpieczenie rezydenta), a także gdy celem podróży jest planowe leczenie lub diagnostyka. 5. Powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.	
12	Postanowienia dodatkowe lub odmienne 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.	

Potwierdzam dane kontaktowe

WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

E-mail: Nieustalony

Telefon: Klient odmówił

Dodatkowych informacji udzieli:

PALLADA UBEZPIECZENIA PAWEŁ KMIEĆ

ul. AL. WOJSKA POLSKIEGO 211A, 71-334 SZCZECIN

Data zawarcia umowy: 11.07.2025 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 ubezpieczającego

WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

Marcel Ośka

PALLADA
Marcel Ośka
ul. Parkowa 14/10
81-549 Gdynia
+48 601 97 46 42
gdynia@pallada.com.pl

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



Jeśli potrzebujesz pomocy i jesteś:

– w Polsce/ *in Poland*: **22 505 14 97** lub **801 102 102** lub **22 566 55 55**
– za granicą/ *abroad*: **+48 22 566 55 44**

OŚWIADCZENIA DO POLISY UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER

Europa

Umowa otwarta

Numer polisy 1109692324

1 Okres ubezpieczenia/ Period of insurance: od **01.09.2025** do **31.08.2026** liczba dni: **365**

2 Ubezpieczający/ Policyholder: **WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** REGON: 541427403
Adres siedziby: UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20, 85-619 BYDGOSZCZ
E-mail: Nieustalony Telefon: Klient odmówił

3 Składka łączna:
Sposób płatności: Przelew

4 Oświadczenia

- Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem/am ogólne warunki ubezpieczenia PZU Wojażer oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Oświadczam, że kraj wyjazdu/aktualnego pobytu osób zgłoszonych do ubezpieczenia nie jest krajem ich stałego zamieszkania ani krajem ich rezydencji w myśl OWU ubezpieczenia PZU Wojażer, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ubezpieczenie rezydenta.
- Oświadczam, że celem podróży nie jest planowe leczenie lub diagnostyka.
- Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z OWU ubezpieczenia PZU Wojażer, umowa ubezpieczenia jest nieważna, gdy krajem docelowym podróży osób zgłoszonych do ubezpieczenia jest kraj ich stałego zamieszkania lub kraj ich rezydencji (chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o ubezpieczenie rezydenta), a także gdy celem podróży jest planowe leczenie lub diagnostyka.
- Powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

5 Postanowienia dodatkowe lub odmienne
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.

Potwierdzam dane kontaktowe
WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
E-mail: Nieustalony
Telefon: Klient odmówił

Dodatkowych informacji udzieli:
PALLADA UBEZPIECZENIA PAWEŁ KMIEĆ
ul. AL. WOJSKA POLSKIEGO 211A, 71-334 SZCZECIN

Data zawarcia umowy: 11.07.2025 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 ubezpieczającego

WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy



Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA