

# POLISA UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER / TRAVEL INSURANCE POLICY PZU WOJAŻER

Europa

Umowa otwarta

Numer polisy 1098313647



<b>1</b>	<b>Okres ubezpieczenia/</b> <i>Period of insurance:</i> od <b>01.09.2024</b> do <b>31.08.2025</b>	liczba dni: <b>365</b>
<b>2</b>	<b>Ubezpieczający/</b> <i>Policyholder:</i> <b>WINTEREVENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</b> Adres siedziby: UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20, 85-619 BYDGOSZCZ E-mail: Nieustalony	REGON: 525779273 Telefon: +48523076688
<b>3</b>	<b>Cel podróży</b> <input type="checkbox"/> Nauka <input type="checkbox"/> Sporty wyczynowe <input checked="" type="checkbox"/> <b>Sporty wysokiego ryzyka</b> <input type="checkbox"/> Praca lub podróż służbowa <input checked="" type="checkbox"/> <b>Rekreacyjne narciarstwo i snowboard</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Turystyka</b> <input type="checkbox"/> Wycieczka rowerowa <input type="checkbox"/> Zorganizowany wypoczynek <input type="checkbox"/> Planowe leczenie i diagnostyka <input type="checkbox"/> Inny	
<b>4</b>	<b>Grupa ubezpieczonych:</b> Uczestnicy wyjazdów organizowanych przez WINTEREVENT Sp. z O.O. Liczba ubezpieczonych osób: Liczba ubezpieczonych osobodni:	Składka za 1 osobodzień:
<b>5</b>	<b>Zakres ubezpieczenia/</b> <i>Scope of insurance</i> <b>Podstawowy zakres ubezpieczenia/</b> <i>Basic scope of insurance</i> • Koszty leczenia/ <i>Medical Treatment Costs</i> • Assistance - Pakiet podstawowy/ <i>Basic scope</i> <b>Suma ubezpieczenia/</b> <i>Sum Insured</i> 120 000 zł <b>Rozszerzony zakres ubezpieczenia/</b> <i>Extended scope of insurance</i> <b>Suma ubezpieczenia/</b> <i>Sum Insured</i> <b>1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)/</b> <i>Accident insurance (NNW)</i> • Świadczenie z tytułu śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu/ <i>Death and Health Damage</i> 20 000 zł <b>2. Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym (OC)/</b> <i>Third Party Liability in private life</i> • Zakres podstawowy/ <i>Basic scope</i> 200 000 zł <b>Ryzyka dodatkowe objęte polisą/</b> <i>Peril coverage group</i> <b>Klasa ryzyka/</b> <i>Risk Class</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> • Sporty wysokiego ryzyka/ <i>High Risk Sports</i>	
<b>6</b>	<b>Osoba do kontaktu w RP/</b> <i>Person to be contacted</i>	Telefon: +48 523076688
<b>7</b>	<b>Składka łączna:</b> Kwota w złotych Termin płatności	<b>8</b> <b>Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki</b> 59 1240 6960 3014 0110 3969 7102 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1098313647
<b>9</b>	<b>Warunki ubezpieczenia</b> 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.
<b>10</b>	<b>Postanowienia dodatkowe</b> 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) § 28 ust. 4 OWU nie ma zastosowania.	
<b>11</b>	<b>Oświadczenia</b> 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 w myśl OWU 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 własnoręcznie podpisem.
<b>12</b>	<b>Postanowienia dodatkowe lub odmienne</b> 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.

DSP/P/1098313647/6408/pc:10000582004625/BE20

**Potwierdzam dane kontaktowe**

WINTEREVENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
E-mail: Nieustalony  
Telefon: +48523076688

**Dodatkowych informacji udzieli:**

PALLADA UBEZPIECZENIA PAWEŁ KMIĘĆ  
ul. AL. WOJSKA POLSKIEGO 211A, 71-334 SZCZECIN


Data zawarcia umowy: 29.08.2024 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 ubezpieczającego

WINTEREVENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
Ubezpieczający

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczającego do polisy

*Marek Ośka*  
  
Marek Ośka  
ul. Parkowa 14/10  
81-549 Gdynia  
+48 601 97 46 42  
gdynia@pallada.com.pl  
PALLADA  
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 1098313647

**1 Okres ubezpieczenia/** *Period of insurance:* od **01.09.2024** do **31.08.2025**

liczba dni: **365**

**2 Ubezpieczający/** *Policyholder:* **WINTEREVENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

REGON: 525779273

Adres siedziby: UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20, 85-619 BYDGOSZCZ

E-mail: Nieustalony

Telefon: +48523076688

**3 Składka łączna:**

Sposób płatności:

## Oświadczenia

**4**

- 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 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

E-mail: Nieustalony

Telefon: +48523076688

## Dodatkowych informacji udzieli:

PALLADA UBEZPIECZENIA PAWEŁ KMIEĆ

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

Data zawarcia umowy: 29.08.2024 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 ubezpieczającego

WINTEREVENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy



Marek Ośka

ul. Parkowa 14/10

81-549 Gdynia

+48 601 97 46 42

gdynia@pallada.com.pl

PALLADA

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA