

POLISA UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER
/ TRAVEL INSURANCE POLICY PZU WOJAŻER
Europa
Umowa otwarta
Numer polisy 1109692324



1	Okres ubezpieczenia/ Period of insurance: od 01.09.2026 do 31.08.2027	liczba dni: 365
2	Ubezpieczający/ Policyholder: WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Adres korespondencyjny: 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/ Scope of insurance Podstawowy zakres ubezpieczenia/ Basic scope of insurance • Koszty leczenia/ Medical Treatment Costs • Assistance - Pakiet podstawowy/ Basic scope Rozszerzony zakres ubezpieczenia/ Extended scope of insurance 1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)/ Accident insurance (NNW) • Świadczenie z tytułu śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu/ Death and Health Damage Ryzyka dodatkowe objęte polisą/ Peril coverage group • Zaostrzenie chorób przewlekłych/ Chronic disease (W ubezpieczeniu kosztów leczenia i assistance (bez opłaty dodatkowej składki) odpowiadamy do wysokości sumy ubezpieczenia kosztów leczenia) • Rekreacyjne uprawianie narciarstwa i snowboardu/ Amateur ski and snowboard	Suma ubezpieczenia/ Sum Insured 40 000 zł Suma ubezpieczenia/ Sum Insured 10 000 zł Klasa ryzyka/ Risk Class
6	Osoba do kontaktu w RP/ Person to be contacted MARCIN KWIATKOWSKI	Telefon: +48 523076688
7	Składka łączna: ██████████ Jednorazowo Kwota w złotych Termin płatności 24.09.2026	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/265/2025 z dnia 28 października 2025r.
10	Postanowienia dodatkowe 1. łączna liczba ubezpieczonych osób: ██████████ 2. łączna liczba ubezpieczonych osobodni: ██████████	
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 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 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.	

DSP/P/1109692324/4245/abb43c32-8b53-41c8-b9d6-fccf6693b123/BES

Potwierdzam dane kontaktoweWINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

E-mail: Nieustalony

Telefon: Klient odmówił

Data zawarcia umowy: 25.08.2026 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-INVESTMENTS 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

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZO 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 **01.09.2026** do **31.08.2027** liczba dni: **365**

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

3 Składka łączna: **[REDAKTOWANO]**
Sposób płatności: Przelew

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, niezmiennych 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 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. ALEJA WOJSKA POLSKIEGO 211A, 71-334 SZCZECIN

Data zawarcia umowy: 25.08.2026 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-INVESTMENTS 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

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

DSP/P/1109692324/4245/abb43c32-8b53-41c8-b9d6-fccf6693b123/BE5

1. The first step is to identify the problem.
2. The second step is to define the problem.
3. The third step is to analyze the problem.

4. The fourth step is to develop a solution.