POLISA UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER

/ TRAVEL INSURANCE POLICY PZU WOJAŻER

Europa

Umowa otwarta

Numer polisy 1109692325

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 **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: [redacted]
Liczba ubezpieczonych osobodni: [redacted] Składka za 1 osobodzień: [redacted]

5 **Zakres ubezpieczenia**/ *Scope of insurance*

Podstawowy zakres ubezpieczenia/ *Basic scope of insurance*	**Suma ubezpieczenia**/ *Sum Insured*
• Koszty leczenia/ *Medical Treatment Costs*	120 000 zł
• Assistance - Pakiet podstawowy/ *Basic scope*	
Rozszerzony zakres ubezpieczenia/ *Extended scope of insurance*	**Suma ubezpieczenia**/ *Sum Insured*
1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)/ *Accident insurance (NNW)*	
• Świadczenie z tytułu śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu/ *Death and Health Damage*	20 000 zł
2. Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym (OC)/ *Third Party Liability in private life*	
• Zakres podstawowy/ *Basic scope*	200 000 zł

Ryzyka dodatkowe objęte polisą/ *Peril coverage group*	**Klasa ryzyka**/ *Risk Class*
• 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*	
• Sporty wysokiego ryzyka/ *High Risk Sports*	

6 **Osoba do kontaktu w RP**/ *Person to be contacted*
MARCIN KWIATKOWSKI Telefon: +48 523076688

7 **Składka łączna:** [redacted]

	Jednorazowo
Kwota w złotych	[redacted]
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 1109692325

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: [redacted]
2. Łączna liczba ubezpieczonych osobodni: [redacted]

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/1109692325/1715/68d3b23d-1f3d-41bc-a98f-6f89235b16a4/BE20

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, NIP dla celów VAT 107-004-84-03 - członek Grupy VAT PZU, 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)
DSPVOY/26F04_01/20260825.1209/proddppu05-400043699.3/FILE/68d3b23d-1f3d-41bc-a98f-6f89235b16a4

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/skłonna zapłacić.

Podpis ubezpieczającego

WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

PALLADA

Marek Ośka
ul. Parkowa 14/10
81-549 Gdynia
+48 601 97 46 42
oduna@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 1109692325

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:** [redacted]
Sposób płatności: Przelew

4 **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.

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 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/skłonna 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
@palladа.com.pl

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

DSP/P/1109692325/1715/68d3b23d-1f3d-41bc-a98f-6f89235b16a4/BE20