

POLISA UBEZPIECZENIA PZU WOJAZER
/ TRAVEL INSURANCE POLICY PZU WOJAZER
Europa
Umowa otwarta
Numer polisy 1109692326



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 Sp. z O.O.
Liczba ubezpieczonych osób: **██████████**
Liczba ubezpieczonych osobodni: **██████████** Składka za 1 osobodzień: **██████████**

Zakres ubezpieczenia/ Scope of insurance
Podstawowy zakres ubezpieczenia/ Basic scope of insurance **Suma ubezpieczenia/ Sum Insured**
• Koszty leczenia/ Medical Treatment Costs 250 000 zł
• Assistance - Pakiet podstawowy/ Basic scope
Rozszerzony zakres ubezpieczenia/ Extended scope of insurance **Suma ubezpieczenia/ Sum Insured**
5
1. Ubezpieczenie kontynuacji leczenia po podróży/ Insurance against continuation of medical treatment after trip
• Ubezpieczenie kontynuacji leczenia po podróży/ Insurance against continuation of medical treatment after trip
2. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)/ Accident insurance (NNW) 50 000 zł
• Świadczenie z tytułu śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu/ Death and Health Damage
3. Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym (OC)/ Third Party Liability in private life 500 000 zł
• Zakres podstawowy/ Basic scope
4. Ubezpieczenie bagażu podróżnego/ Travel luggage insurance 2 500 zł
• Bagaż podróży/ Travel luggage
• Sprzęt sportowy/ Sports equipment
Ryzyka dodatkowe objęte polisą/ Peril coverage group **Klasa ryzyka/ Risk Class**
• Zaostrożenie 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 Telefon: +48 523076688
MARCIN KWIATKOWSKI

7 Składka łączna: **██████████** **8 Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki**
52 1240 6960 3014 0110 4811 5082
W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1109692326
8
Kwota w złotych **██████████** Jednorazowo
Termin płatności **24.09.2026**

9 Warunki ubezpieczenia
1. Do niniejszej umowy ubezpieczenia zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia PZU Wojazer 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 Wojazer 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 Wojazer, 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 Wojazer, 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/1109692326/5279/ddd9fa37-cdf2-4c1d-883a-5618e2ca52c2/BE20

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
Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

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

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 1109692326

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: [REDAKCE]
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.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne

5

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

✓



Marek Ośka

ul. Parkowa 14/10

81-549 Gdynia

+48 601 97 46 42

gdynia@pallada.com.pl

[Signature]

WINTEREVENT-INVESTMENTS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

✓

PALLADA

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

DSP/P/1109692326/5279/ddd9fa37-cdf2-4c1d-883a-5618e2ca52c2/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)

1/1

