

# POLISA UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER/ TRAVEL INSURANCE POLICY PZU WOJAŻER

## Europa

Umowa otwarta

Nr 1038601279



**1 Okres ubezpieczenia/ Period of insurance:** od **31.03.2019** do **30.03.2020** liczba dni: **366**

**2 Ubezpieczający/ Policyholder:** **FUNDACJA HARCERSTWA CWM ZHP** REGON: 22123550000025  
Adres siedziby: AL. JANA PAWŁA II 5, 81-345 GDYNIA  
E-mail: rafal.cwm@zhp.pl Telefon: +48669011111

**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: rejsy szkoleniowe**

**4 Grupa ubezpieczonych:** uczestnicy rejsów szkoleniowych  
Liczba ubezpieczonych osób: **1000**  
Liczba ubezpieczonych osobodni: **7000** Składka za 1 osobodzień: **1,41 zł**

**Zakres ubezpieczenia/ Scope of insurance**  
**Podstawowy zakres ubezpieczenia/ Basic scope of insurance** **Suma ubezpieczenia/ Sum Insured**  
• Koszty leczenia/ Medical Treatment Costs 40 000 zł  
• Assistance - Pakiet podstawowy/ Basic scope  
**5 Rozszerzony zakres ubezpieczenia/ Extended scope of insurance** **Suma ubezpieczenia/ Sum Insured**  
**1. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)/ Accident insurance (NNW)** 10 000 zł  
• Świadczenia z tytułu śmierci i trwałego uszczerbku na zdrowiu/ Death and Health Damage  
**Ryzyka dodatkowe objęte polisą/ Peril coverage group** **Klasa ryzyka/ Risk Class**  
• Praca/ Type of performed work Praca fizyczna/ Physical work

**6 Osoba do kontaktu w RP/ Person to be contacted**  
**RAFAŁ KLEPACZ** Telefon: +48 669011111

**7 Zniżki i zwyki składki**  
Incydentalna Everest

**8 Składka łączna: 9 870 zł**

Rata	1	2	3	4
Kwota w złotych	2 469,00	2 467,00	2 467,00	2 467,00
Termin płatności	26.03.19	26.06.19	26.09.19	27.12.19

**9 Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki**  
85 1240 6960 3014 0110 0506 2493

**10 Warunki ubezpieczenia**  
1. Do niniejszej umowy ubezpieczenia zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia PZU Wojażer ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna nr UZ/269/2017 z dnia 19 września 2017 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

**11 Postanowienia dodatkowe**  
1. Łączna liczba ubezpieczonych osób: **1000** 2. Łączna liczba ubezpieczonych osobodni: **7000**

**12 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.  
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi.  
Zgoda jest konieczna w celu realizacji umowy.

DSP/P/1038601279/3814/pc:10000200356023/BE20

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, kapitał zakładowy: 86 352 300 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

DSPVOY/18U9\_03/20190312.1138/proddppu04-106106317.3/FILE/pc:10000200356023

**Potwierdzam dane kontaktowe**  
FUNDACJA HARCERSTWA CWM ZHP  
E-mail: rafal.cwm@zhp.pl  
Telefon: +48669011111

Data zawarcia umowy: 12.03.2019 r.

**Dodatkowych informacji udzieli:**  
Biszczyński Piotr  
ul. KARTUSKA 214/1-18, 80-122 GDAŃSK  
E-mail: pbiszczyanski@agentpzu.pl  
tel.: +48 501786767

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczającego

FUNDACJA HARCERSTWA CWM ZHP  
Ubezpieczający

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

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA



Jeśli potrzebujesz pomocy i jesteś:  
- w Polsce/ in Poland: **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

Nr 1038601279



**1 Okres ubezpieczenia/** *Period of insurance:* od **31.03.2019** do **30.03.2020**

liczba dni: **366**

**2 Ubezpieczający/** *Policyholder:* **FUNDACJA HARCERSTWA CWM ZHP**

REGON: 2212355000025

Adres siedziby: AL. JANA PAWŁA II 5, 81-345 GDYNIA

E-mail: rafal.cwm@zhp.pl

Telefon: +48669011111

**3 Składka łączna: 9 870 zł**

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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przeze mnie PZU SA w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU SA przez placówki medyczne lub lekarzy i inne osoby w procesie obsługi. Zgoda jest konieczna w celu realizacji umowy.

## Potwierdzam dane kontaktowe

FUNDACJA HARCERSTWA CWM ZHP

E-mail: rafal.cwm@zhp.pl

Telefon: +48669011111

## Dodatkowych informacji udzieli:

Biszczyński Piotr

ul. KARTUSKA 214/1-18, 80-122 GDAŃSK

E-mail: pbiszczyanski@agentpzu.pl

tel.: +48 501786767

Data zawarcia umowy: 12.03.2019 r.

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.



Podpis ubezpieczającego

FUNDACJA HARCERSTWA CWM ZHP

Ubezpieczający

Podpis ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

DSP/P/1038601279/3814/pc:10000200356023/BE20

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, kapitał zakładowy: 86 352 300 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)