



# Compensa Voyage

Ubezpieczenie krótkoterminowe  
Short-term insurance

Polisa typ 19031 nr 4207156

Jednostka organizacyjna 534/0/0/04579

## 1. OKRES UBEZPIECZENIA (Period of insurance)

Od (from) 2017-01-06 godz. (time) 00:00 do (to) 2017-01-14 godz. (time) 23:59 Liczba dni (Travel days) 9

## 2. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (Details of Insurance Holder)

osoba fizyczna  osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą  osoba prawna  jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej  
Imię i Nazwisko **PIOTR MATUSZEWSKI** PESEL **78020101177**  
(Name and surname)  
Adres zameldowania **UL. MELOMANÓW 2A / 3 , 00-712 WARSZAWA**  
(Address)

## 3. DANE UBEZPIECZONYCH (Details of Insured Persons)

| Imię i nazwisko<br>(Name and surname) | Adres<br>(Address)                         | Data urodzenia<br>(Date of birth) | Telefon<br>(Phone number) | Email |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|-------|
| PIOTR MATUSZEWSKI                     | UL. MELOMANÓW 2A / 3 , 00-712 WARSZAWA; PL | 1978-02-01                        |                           |       |
| MAGDALENA MATUSZEWSKA                 | UL. MELOMANÓW 2A / 3 , 00-712 WARSZAWA; PL | 1977-12-16                        |                           |       |
| Zofia Matuszewska                     | ul. Melomanów 2A/3, 00-712 Warszawa        | 2008-05-03                        |                           |       |
| Hanna Matuszewska                     | ul. Melomanów 2A/3, 00-712 Warszawa        | 2010-07-23                        |                           |       |

## 4. ZAKRES TERYTORIALNY (Territorial scope)

**Strefa E** Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium państw europejskich wraz ze wszystkimi krajami położonymi w Basenie Morza Śródziemnego i Wyspami Kanaryjskimi, zawsze z wyłączeniem terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i kraju zamieszkania Ubezpieczonego.  
*European countries, along with the territories of all countries located in the Mediterranean Basin and the Canary Islands outside the territory of the Republic of Poland and outside the country of residence of the Insured.*

## 5. WARIANT UBEZPIECZENIA (Variant of insurance)

Sumy ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego  
(Insurance sum per Insured Person)

| Wariant ubezpieczenia<br>(Variant of Insurance) | Koszty Leczenia<br>(Medical expenses) | Assistance<br>(Assistance) | Następstwa nieszczęśliwych wypadków<br>(Personal accident) | Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym<br>(Third part liability in private life) | Bagaż podróży<br>(Luggage) |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--|--|----------------------------|
| ELASTYCZNY                                      | 300 000 zł                            | Top                        | 20 000 zł  | 250 000 zł   | -                          |

## 6. UBEZPIECZENIA DODATKOWE (Additional insurance)

Amatorskie sporty zimowe lub motorowodne (Amateur winter sports or water motor sports)

## 7. SKŁADKA OGÓŁEM

Składka płatna:  jednorazowo  półrocznie  kwartalnie  miesięcznie  gotówką  przelewem do dnia 2017-01-05  
Składka ogółem: 232 zł słownie: **dwieście trzydzieści dwa złote, zero groszy**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 32124069577008950042071568

Składka w wysokości 232 zł płatna do dnia 2017-01-05

## Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162  
02-342 Warszawa

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy  
XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686  
Kapitał zakładowy: 179.851.957,00 zł - opłacony w całości

Tel.: +48 22 501 60 00, 801 120 000  
Faks: +48 22 501 60 01

---

## 8. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Voyage zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 27/2013 z dnia 24 kwietnia 2013 w wersji papierowej. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Voyage zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 27/2013 z dnia 24 kwietnia 2013 oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w polisie o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Voyage.

W związku z tym, że realizacja ubezpieczenia wymaga współpracy Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z innymi, profesjonalnymi podmiotami, zgodnie z art. 23.1.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przekazywanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, adres zamieszkania, adres dla korespondencji, numer telefonu, adres e-mail, niezbędnych w procesie realizacji ubezpieczenia, innym podmiotom prawa polskiego, którym Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group zleca czynności ubezpieczeniowe w postaci usług w zakresie realizacji umowy.

### INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 24 .1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Ustawa odo) informuję że:

- a) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jeruzolimskie 162 (Compensa),
- b) ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- c) Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa z umowy ubezpieczenia Voyage,
- d) Obowiązek podania przez Pana/Panią danych osobowych do przetwarzania przez Compensa wynika z ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Na podstawie Ustawy odo dobrowolnie wyraził/a Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Spółdzielnię Usługową VIG Ekspert w Warszawie, Al. Jeruzolimskie 162, 02-342 Warszawa, z którą Compensa współpracuje w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej

**2017-01-02, Warszawa**

data, miejscowość

**Wystawiający: Nr 04579/1 MAREK MISIAK**

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) NIE wyrażam zgody na przekazywanie przez Towarzystwo moich danych osobowych, takich jak imiona, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, adres do korespondencji i numer telefonu innym podmiotom prawa polskiego powiązanym z Towarzystwem, z którymi Towarzystwo współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w szczególności w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
Vienna Insurance Group  
Oddział Warszawa  
Warszawa 02-342 Al. Jeruzolimskie 162  
tel. +48 (22) 501 64 24, fax. +48 (22) 501 64 47

pieczęć oddziału

### INFORMACJE DOTYCZĄCE ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.