



21100067187001

Centrum Alarmowe: +48 22 295 82 01
Infolinia Compensy: 0 801 120 000

Compensa Voyage

Ubezpieczenie krótkoterminowe
Short-term insurance

Polisa typ 19031 nr 4397923

Jednostka organizacyjna 534/5/0/74377

1. OKRES UBEZPIECZENIA (Period of insurance)

Od (from) 2019-01-26 godz. (time) 00:00 do (to) 2019-02-02 godz. (time) 23:59 Liczba dni (Travel days) 8

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 **JAN MATUSZEWSKI** PESEL **78020100992**
(Name and surname)
Adres zameldowania **UL. SARMACKA 28B / 18 , 02-972 WARSZAWA**
(Address)
Adres email **ROMAT@LASEK.WAW.PL**
(email address)

3. DANE UBEZPIECZONYCH (Details of Insured Persons)

Imię i nazwisko (Name and surname)	Adres (Address)	Data urodzenia (Date of birth)	Telefon (Phone number)	Email
JAN MATUSZEWSKI	UL. SARMACKA 28B / 18 , 02-972 WARSZAWA; PL	1978-02-01		
MAGDALENA POLUBIEC-MATUSZEWSKA	00-255 Warszawa ul. Szeroki Dunaj 8/10 m10	1978-08-12		
MARIA MATUSZEWSKA	UL. SARMACKA 28B / 18 , 02-972 WARSZAWA; PL	2006-12-13		
JULIAN MATUSZEWSKI	UL. SARMACKA 28B / 18 , 02-972 WARSZAWA; PL	2008-10-20		

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 (Variant of Insurance)	Koszty Leczenia (Medical expenses)	Assistance (Assistance)	Następstwa nieszczęśliwych wypadków (Personal accident)	Odpowiedzialność cywilna w życiu prywatnym (Third part liability in private life)	Bagaż podróży (Luggage)
ELASTYCZNY	200 000 zł	Top	20 000 zł	200 000 zł	-

6. UBEZPIECZENIA DODATKOWE (Additional insurance)

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

7. SKŁADKA OGÓLEM

Składka płatna: jednorazowo półrocznie kwartalnie miesięcznie gotówką przelewem do dnia 2019-01-25
Składka ogółem: 209 zł słownie: dwieście dziewięć złotych, zero groszy

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 66124069577008950043979237

Składka w wysokości 209 zł płatna do dnia 2019-01-25

8. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż przed zawarciem 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 2014 w wersji elektronicznej. 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 Compensy 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.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Monika Lewandowicz

2019-01-04, Warszawa
data, miejscowość

Wystawiający: Nr 74377/32 TOMASZ PIASECKI

Monika Lewandowicz
Dyrektor Centrum Rozliczeń

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

pieczęć oddziału

Oświadczenia Ubezpieczającego – Oświadczenia niezbędne do zawarcia Umowy

1 Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane zawarciem Umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

TAK NIE

Oświadczenia Ubezpieczającego - Dobrowolne

1 Marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez Compensa

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

TAK NIE

2 Na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez Compensa

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

TAK NIE

3 Na informację handlowo-marketingową drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

TAK NIE

4 Na informację handlowo-marketingową drogą telekomunikacyjną

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

TAK NIE

5 Na automatyczne podejmowanie decyzji oraz cross-selling pomiędzy Compensa oraz Compensa Życie

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia Umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

data i podpis osoby składającej oświadczenie

Oświadczenie pośrednika ubezpieczeniowego

Oświadczam, że zapoznałem osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z dokumentem Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych.

TAK NIE

Podpis pośrednika ubezpieczeniowego

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.