

# Compensa Voyage II

Ubezpieczenie krótkoterminowe  
Short-term insurance

COMPENSA   
VIENNA INSURANCE GROUP

POROZMAWIAJMY  
O UBEZPIECZENIACH



typ polisy: 19031, numer: 4669319  
jednostka organizacyjna: 512/0/0/50693  
okres ubezpieczenia (Period of insurance):  
od (from) 2023-09-26 godz. (time) 00:00 do (to) 2023-09-29 godz. (time) 23:59  
Liczba dni (Travel days) 4

 Centrum Alarmowe Compensa  
– pomoc Koszty leczenia i  
Assistance  
+48 22 295 82 01  
  
Zgłoszenie szkody z NNW, OC, Bagażu  
+48 22 501 61 00  
www.compensa.pl

## Dane Ubezpieczającego (Details of Insurance Holder)

☒ osoba fizyczna ☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ☐ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej

Imię i nazwisko / Nazwa (Name and surname)	Adres (Address)	PESEL/REGON	Telefon (Phone)	E-mail
BARTŁOMIEJ SEMKIW	BAŻYNY 56, 11-130 ORNETA	00291603191		

## Dane Ubezpieczonych (Details of Insured Persons)

Imię i nazwisko (Name and surname)	Data urodzenia (Date of birth)	Telefon (Phone)	E-mail
BARTŁOMIEJ SEMKIW	2000-09-16		bartek1a1b@gmail.com

## Zakres terytorialny (Territorial scope)

Europa – z wyłączeniem Rzeczypospolitej Polskiej i kraju zamieszkania Ubezpieczonego (Europe excluding the territory of the Republic of Poland and the country of residence of the Insured)

## Wariant, zakres i sumy ubezpieczenia (Variant, scope and sum of insurance)

Suma ubezpieczenia (SU)/ Suma gwarancyjna (SG) dla każdego Ubezpieczonego (Insurance sum per Insured Person)

### Wariant E

Koszty leczenia (Medical expenses)	Assistance (Assistance)	Klauzula nr 1 NNW (Clause no 1 personal accident)	Klauzula nr 2 OC w życiu prywatnym (Clause no 2 Third party liability in private life)	Klauzula nr 3 Bagaż (Clause no 3 luggage)	Klauzula nr 4 Skipass (Clause no 4 skipass)	Klauzula nr 5 bezpieczne wypożyczenie (Clause no 5 securely rent)	Klauzula nr 6 zwrot kosztów leczenia na terenie RP po NW (Clause no 6 medical expenses in Poland)	Klauzula nr 7 akty terroru lub wojny (Clause no 7 act of terror and war)
SU 55 000 eur	SU 55 000 eur	–	SG 50 000 zł	–	nie wybrano (no added)	nie wybrano (no added)	nie wybrano (no added)	nie wybrano (no added)

## Płatności



Składka ogółem (premium): 30 zł Słownie: trzydzieści złotych, zero groszy  
Sposób płatności składki: ☐ gotówką ☒ przelewem do dnia 2023-09-26 ☐ karta (TP) ☐ karta (TA)  
Tryb płatności składki: ☒ jednorazowo ☐ półrocznie ☐ kwartalnie ☐ miesięcznie  
Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 61124069577008950046693193  
Składka w wysokości: 30 zł płatna do dnia 2023-09-26 Tytuł przelewu: Polisa nr 4669319

## Postanowienia końcowe (Final Provisions)

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na terytorium Federacji Rosyjskiej, Białorusi i Ukrainy.



# Compensa Voyage II

Ubezpieczenie krótkoterminowe  
Short-term insurance

typ polisy: 19031, numer: 4669319

COMPENSA   
VIENNA INSURANCE GROUP

## Oświadczenia

- Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Voyage II zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 18/05/2019 z dnia 15.05.2019 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu w wersji papierowej. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Compensa Voyage II zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 18/05/2019 z dnia 15.05.2019 roku 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 II.
- 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 dowiedział się o tym prawie.
- 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.

2023-09-19, ORNETA

data, miejscowość

Wystawiający: Nr 50693/12 MARTA PERWEJNIS

pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.  
Vienna Insurance Group  
Oddział Olsztyn  
Olsztyn 10-457 ul. Kardynała Stefana  
Wyszyńskiego 1  
tel. +48 (89) 533 98 10, fax. +48 (89) 533 98 11

pieczęć oddziału

## 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 Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich 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

podpis osoby składającej oświadczenia

## Oświadczenie pośrednika ubezpieczeniowego

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

☒ TAK ☐ NIE

Podpis pośrednika ubezpieczeniowego



## ZAPRASZAMY DO ANALIZY POTRZEB KLIENTA – UBEZPIECZENIE TURYSTYCZNE

DORADCA:ULTRA	DATA I GODZINA:19-09-2023	MIEJSCE:ORNETA
KLIENT:BARTŁOMIEJ SEMKIW	PESEL/REGON:00291603191	TEL./MAIL:

L.P.	PYTANIE	TAK	NIE
1	Dokąd Pan/Pani wyjeżdża? <input type="checkbox"/> Polska <input checked="" type="checkbox"/> Europa <input type="checkbox"/> Świat		
2	Czy choruje Pan/Pani przewlekle?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Czy wyjeżdża Pan/Pani do pracy? <input checked="" type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> umysłowej <input type="checkbox"/> fizycznej <input type="checkbox"/> niebezpiecznej		
4	Czy podczas wyjazdu planuje Pan/Pani uprawianie sportu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Czy w ciągu roku planuje Pan/Pani wielokrotnie wyjeżdżać zagranicę?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Czy zgłasza Pan/Pani inną potrzebę ubezpieczeniową, związaną z posiadanym majątkiem, ochroną życia i zdrowia, zabezpieczeniem przed roszczeniami osób trzecich?

### UBEZPIECZENIE:

<input type="checkbox"/> ŻYCIOWE	<input type="checkbox"/> ZDROWOTNE	<input type="checkbox"/> NIERUCHOMOŚCI
<input type="checkbox"/> ROLNE	<input type="checkbox"/> FIRMY	<input type="checkbox"/> POJAZDU
<input type="checkbox"/> NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW	<input checked="" type="checkbox"/>	AKTUALNIE NIE JESTEM ZAINTERESOWANY/A INNYM UBEZPIECZENIEM

Uwagi:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że wypełnienie niniejszej ankiety jest dobrowolne oraz, że w przypadku odmowy wypełnienia przeze mnie tej ankiety lub jej części bądź podania nieprawdziwych informacji, Ultra Ubezpieczenia Sp. z o.o. z siedzibą w Olsztynie (10-545), ul. Warmińska 28/4 (Ultra Ubezpieczenia) ma ograniczoną możliwość zaproponowania umowy ubezpieczenia, która będzie odpowiadała moim potrzebom i wymaganiom.

Oświadczam, że przed wypełnieniem niniejszej ankiety zostały mi przekazane informacje o administratorze danych osobowych oraz informacje o dystrybutorze w zakresie wskazanym w art. 22 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. 2017 poz. 2486, ze zm.), w których zawarte zostały m.in. skan pełnomocnictwa do dokonywania czynności agencyjnych, skan upoważnienia doradcy do działania w ramach Ultra Ubezpieczenia, informacje na rzecz których zakładów ubezpieczeń działa Ultra Ubezpieczenia, informacje o firmie, nr w Rejestrze Pośredników Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego i danych doradcy oraz Ultra Ubezpieczenia w tym informacje, sposobie wynagrodzenia, sposobie złożenia reklamacji, skargi oraz pozasądowych drogach rozwiązywania sporów.

.....  
(podpis)