

Ubezpieczenie Compensa Voyage

Polisa typ 19031 nr 0000628

Jednostka organizacyjna 537/000/0000/43061
Broker doprowadzający: 92082

1. Okres obowiązywania umowy / Period of the agreement

od (from) 2023-12-01 godz. (time) 00:00 do (to) 2024-11-30 godz. (time) 23:59 liczba osobodni (travel mandays): 20 550

Ubezpieczenie roczne w formie polisy otwartej (open policy)

2. Dane Ubezpieczającego / Details of Insurance Holder

Nazwa firmy (Company Name): Akademia Górniczo - Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie Regon: 000001577 NIP: 6750001923
Adres (Address): 30-059 Kraków, Al. Mickiewicza 30

3. Forma ubezpieczenia / Form of insurance

Grupowa (Group), orientacyjna liczba osób:

4. Ubezpieczeni / Insured Persons

Pracownicy Ubezpieczającego oraz osoby, za które podczas wyjazdu ponosi on odpowiedzialność, ze szczególnym uwzględnieniem:

- studentów, stypendystów, doktorantów,
 - członków zespołów artystycznych
 - członków amatorskich zespołów sportowych
 - osoby wskazane przez Ubezpieczającego, za które Ubezpieczający poniesie koszt ubezpieczenia oraz które zgłosi do ubezpieczenia (wpisze do rejestru wyjazdów).
- Osoby wykonujące zarówno pracę umysłową jak i fizyczną.

5. Zakres terytorialny / Territorial scope

STREFA Ś – Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium wszystkich państw świata zawsze z wyłączeniem terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i kraju zamieszkania Ubezpieczonego (territories of all other states of the world outside the territory of the Republic of Poland, the territory and outside the country of residence of the Insured) oraz **zdarzenia powstałe na terytorium Iranu**, w obwodach: Kijowskim, Ługańskim, Donieckiem, Charkowskim oraz w Autonomicznej Republice Krymu, w Abchazji i Południowej Osetii oraz w państwach lub obszarach, objętych sankcjami lub w których aktualnie toczy się konflikt zbrojny (w tym: w Rosji, w Białorusi i w Ukrainie).

6. Wariant ubezpieczenia / Variant of insurance

SUMY UBEZPIECZENIA DLA KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO W PLN (Insurance sum per Insured Person)

Wariant (Variant): ELASTYCZNY

Zakres	KL	ASS	NNW	BP
Suma ubezpieczenia	150 000 EURO (tj. równowartość 652 380 PLN*) dla KL powstałych na terytorium USA, Kandy, Australii, Nowej Zelandii, Japonii	TOP	10 000 PLN	5 000 PLN
	100 000 EURO (tj. równowartość 434 920 PLN*) dla pozostałych krajów Świata			

* kurs NBP z dnia 30.11.2023 r. 1 EURO = 4,3492 PLN

KL – Koszty leczenia (Medical expenses), ASS – Assistance (Assistance), NNW – następstwa nieszczęśliwych wypadków (Personal accident), BP – Bagaż (Luggage)

7. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia / Additional risks

Praca / Work	Umysłowa / white-collar work	Fizyczna / blue-collar work
Inne / Other	Zaostrzenie chorób przewlekłych / exacerbaton of chronic disease: covid-19	
	Pozostałe ryzyka zgodnie z umową nr Kc-zp.272-441/23 / Other risks according to contract No Kc-zp.272-441/23	

8. Składka

Składka łączna za 20 550 osobodni: 35 211,00 zł

Składka do zapłaty: 17 605,50 zł. (zaliczka 50% do rozliczenia po zakończeniu okresu ubezpieczenia)

Forma płatności: przelew

Termin płatności:

I rata w wysokości 4 401,38 zł. do dnia 30.12.2023 r.

II rata w wysokości 4 401,38 zł. do dnia 01.03.2024 r.

III rata w wysokości 4 401,37 zł. do dnia 29.06.2024 r.

IV rata w wysokości 4 401,37 zł. do dnia 27.09.2024 r.

Numer konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 90 1240 6957 7008 9500 0000 6280

9. Postanowienia końcowe

- Przekazywanie zestawień:
Integralną część umowy ubezpieczenia stanowi zestawienie wykorzystanych osobodni przekazanych do Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w ciągu 30 dni od zakończenia ochrony ubezpieczeniowej.
- Zestawienie ma być przekazane do Drugiego Oddziału Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w Krakowie, ul. Kordylewskiego 1, 31-542 Kraków.
- Na prośbę Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczający potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby oraz udostępnia dokumenty wyjazdowe o które zapytuje Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group .
- Ostateczne rozliczenie składki depozytywnej w oparciu o faktycznie wykorzystaną liczbę osobodni w okresie obowiązywania umowy następuje w ciągu 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group wymaganego raportu, nie wcześniej jednak niż po zakończeniu okresu ubezpieczenia.
- Jeżeli liczba wykorzystanych osobodni przekracza liczbę zadeklarowanych w polisie Ubezpieczający zobowiązany jest do płaty składki na zasadach określonych w warunkach Zamówienia Publicznego nr KC-zp.272-441/23.
S.A. Vienna Insurance Group zwraca Ubezpieczającemu różnicę w składce ubezpieczeniowej, z zachowaniem składki minimalnej określonej w polisie. Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group dokona zwrotu składki w ciągu 14 dni od daty rozliczenia składki depozytywnej.
- Przy wyznaczeniu osoby/osób uprawnionych należy dołączyć do polisy odpowiedni załącznik (imię i nazwisko osoby uposażonej, adres zamieszkania, data urodzenia, procentowy udział w świadczeniu).

11. 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 18/05/2019 z dnia 15 maja 2019 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu 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 18/05/2019 z dnia 15 maja 2019 roku oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w polisie o ubezpieczeniu 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.
- 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.
- 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.

Kraków, 30-11-2023 r.

DD/MM/RRR

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy

podpis Ubezpieczającego

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.

X TAK NIE

data i podpis osoby składającej oświadczenie

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 X 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 X 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 X 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 X 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

Oświadczenie pośrednika ubezpieczeniowego

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

☒ TAK ~~NIE~~

.....
Podpis pośrednika ubezpieczeniowego