

OFERTA UBEZPIECZENIA PODRÓŻNEGO "MOJE PODRÓŻE24" NR UT/0427496570



Niniejsza oferta ważna jest do dnia wyjazdu, nie dłużej niż przez 14 dni od daty jej przedstawienia przez Ubezpieczyciela.

Niniejszy dokument stanowi ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, na podstawie złożonego przez Państwa wniosku o ubezpieczenie, do której zastosowanie ma następujący wzorzec umowy:

WARUNKI UBEZPIECZENIA (GENERAL TERMS AND CONDITIONS)

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Podróżnego "Moje Podróż24" dla Klientów PKO Banku Polskiego SA przyjęte uchwałą Zarządu PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 04.03.2025 roku (zwane dalej „OWU”).

UBEZPIECZYCIEL (INSURANCE COMPANY)

PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Świętokrzyskiej 36, 00-116 Warszawa, której dokumentacja przechowywana jest w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000551487, o numerze identyfikacji podatkowej (NIP): 527-273-41-44, o kapitale zakładowym w wysokości: 25 000 000 zł – wpłaconym w całości.

DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO (INSURANCE AGENT)

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Świętokrzyskiej 36, 00-116 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000026438; NIP: 525-000-77-38; kapitał zakładowy (kapitał wpłacony) 1 250 000 000 zł.

1. UBEZPIECZAJĄCY (POLICYHOLDER)

Imię	PIOTR	Nazwisko	KUBACKI
PESEL	53100703216		
E-mail	PKUBACKI@MAGNETIC.COM.PL	Nr telefonu komórkowego	48601711352
Adres korespondencyjny	60-284 Poznań Sowińskiego 31 m. 13		

2. UBEZPIECZONY/UBEZPIECZENI (INSURED)

Lp.	Imię	Nazwisko
1	PIOTR	KUBACKI

3. OKRES UBEZPIECZENIA (INSURANCE VALIDITY)

Początek	09-09-2026 00:00	Koniec	16-09-2026 23:59
----------	------------------	--------	------------------

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY (TRIP DETAILS)

Miejsce podróży	Europa i Kraje basenu Morza Śródziemnego	Cel podróży	Wypoczynek
Rodzaj sportu	Sporty rekreacyjne	Rodzaj pracy	Praca umysłowa
Liczba ubezpieczonych (do 20 roku życia)	0	Liczba Ubezpieczonych (powyżej 20 roku życia)	1

5. ZAKRES UBEZPIECZEŃ (SCOPE OF INSURANCE)

Zakres ubezpieczenia /Pakiet Optimum W zakresie: Sporty rekreacyjne, Praca umysłowa, Zaostrzenia lub powikłania Chorób przewlekłych.(<i>Recreational sports, intellectual work, complications of chronic diseases is covered.</i>) Limity świadczeń w ramach danego ubezpieczenia są określone w OWU. (<i>Compensation limits for each insurance are defined in GTC</i>)	Suma ubezpieczenia/gwarancyjna/limity odpowiedzialności w PLN dla Ubezpieczonego 1) na każdy Wypadek ubezpieczeniowy 2) na wszystkie Wypadki ubezpieczeniowe (<i>Sum insured/guaranteed sum in PLN for Insured</i>) 1) <i>Each accident</i> 2) <i>For all accidents</i>
Koszty Leczenia (Medical treatment costs) Assistance - świadczenia zgodnie z OWU (Assistance services - in accordance to GTC)	500 000 ¹
Ubezpieczenie Bagażu podróżnego (Luggage insurance)	2 000 ²
NNW (Accident insurance)	20 000 ¹
Ubezpieczenie OC osób fizycznych w życiu prywatnym – Szkody na osobie (Third Party Liability)	300 000 ²
Ubezpieczenie OC osób fizycznych w życiu prywatnym – Szkody rzeczowe (Third Party Liability)	10% sumy gwarancyjnej na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe (10% of sum guaranteed for all accidents) ²
Family Assistance (Family Assistance services)	1 500 ²

W razie zdarzenia skontaktuj się z Centrum operacyjnym Ubezpieczyciela czynnym 24h na dobę pod nr +48 (22) 522 29 92. Podmiotem realizującym świadczenia z umowy ubezpieczenia na zlecenie Ubezpieczyciela (Centrum operacyjne) jest AWP Polska Sp. z o.o. ul. Konstruktorska 12 B, 02-673 Warszawa.

6. SKŁADKA (INSURANCE PREMIUM)

Łączna składka płatna jednorazowo: 40,32 PLN

Udzielono zniżki z tytułu:

- Posiadania Karty EKUZ 30%

7. KLAUZULA INFORMACYJNA O ADMINISTRATORZE DANYCH (DATA ADMINISTRATION CLAUSE)

Przyjmuję do wiadomości, że dane osobowe podane we Wniosku o ubezpieczenie oraz pozyskane w przyszłości będą przetwarzane przez PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. („Ubezpieczyciel”) będące jednocześnie administratorem danych osobowych, w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz w celu analitycznym. Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadkach wskazanych w przepisach dotyczących ochrony danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia lub jej realizacji. Dane osobowe zawarte we wniosku o ubezpieczenie będą przetwarzane w celu przygotowania oferty i przechowywane przez okres przedawnienia roszczeń, które mogą być podniesione w związku z jej przedstawieniem.

08-09-2026

WARSZAWA

Data (dd-mm-rrrr)

Miejscowość

W imieniu PKO Towarzystwa Ubezpieczeń S.A.



Urszula Urbańska-Drzewicz
Dyrektor Działu Wsparcia Klienta,
Departament Operacji

Podpis i pieczęć funkcyjna/ imienna Agenta/ osoby fizycznej
wykonującej czynności agencyjne w imieniu Agenta