**UMOWA O ŚWIADCZENIA USŁUG TURYSTYCZNYCH – ZAGRANICZNE**

**OSOBA ZAMAWIAJĄCA**: …………………………………………………………………………………………………………………..( imię, nazwisko, adres, tel. )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA USŁUGI: | TERMIN: | ŚRODEK TRANSPORTU: |
| Wczasy - ……………………….  | od…….…do……..… (….. dni, …. nocy) | (Autokar/dojazd własny) |
| LISTA UCZESTNIKÓW: | **DATA URODZENIA:** | **CENA:** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4.  |  |  |

**WARTOŚĆ CAŁKOWITA UMOWY:** …………………….……………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HOTEL: | TYP WYŻYWIENIA: | TYP POKOJU: |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| UBEZPIECZENIE: | ŚWIADCZENIA DODATKOWE |
| NNW |  |

Na mocy zawartej pomiędzy SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. i BIUREM PODRÓŻY umowy generalnej ubezpieczenia nr 200275 z dnia 01.02.2012 każdy uczestnik imprezy turystycznej BIURA PODRÓŻY zgłoszony do SIGNAL IDUNA POLSKA TU S.A. zgodnie z postanowieniami umowy generalnej objęty jest ubezpieczeniem SIGNAL IDUNA Bezpieczne Podróże oraz może zostać objęty ubezpieczeniem Kosztów Imprezy Turystycznej. Pakiety ubezpieczeniowe BIURA PODRÓŻY obejmują***:*** zakresie KL – koszty leczenia 10 000 EUR ( koszty ratownictwa 6000 EUR – pod limit KL), NNW – od następstw nieszczęśliwych wypadków: NWI – trwały uszczerbek na zdrowiu 15 000 zł NWS – śmierć 15 000 zł, Bagaż 1000 zł na postawie *OW*

1)    „Niżej podpisany/na deklaruję za siebie i za innych uczestników imprezy, w imieniu których dokonuję płatności za imprezę turystyczną, że przed zawarciem umowy uczestnictwa/ umowy zgłoszenia udziału w imprezie turystycznej otrzymałem/am następujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia SIGNAL IDUNAL BEZPIECZNE PODRÓŻE, zatwierdzone uchwałą Nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 15.12.2015 r. oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia KOSZTÓW IMPREZY TURYSTYCZNEJ zatwierdzone uchwałą Nr 17/Z/2013 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A z dnia 27.03.2013 roku zmienione aneksem nr 1 z dnia 17.06.2015 r. oraz aneksem nr 2 z dnia 15.12.2015 r., stanowiące załącznik do niniejszej umowy.

2) Ubezpieczony wyraża zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej oraz przez NFZ nazw i adresów świadczeniodawców (a także zwalnia lekarzy w kraju i za granicą z tajemnicy lekarskiej) w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.  Zgoda jest ważna pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ubezpieczyciel przetwarza dane osobowe zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Każda osoba ma prawo dostępu do  swoich danych oraz ich poprawiania”.

**PRZYJECIE ZGLOSZENIA:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Pieczęć, podpis sprzedającego-agenta miejscowość i data czytelny podpis zgłaszającego

Własnoręcznym podpisem stwierdzam, iż zapoznałem się z warunkami uczestnictwa i rezygnacji oraz programem imprezy zawartym w katalogu, które stanowią integralna cześć „umowy o świadczenie usług turystycznych” i w pełni je akceptuje. Przed wyjazdem zostałem powiadomiony o informacjach zawartych w art.13 ust.1-3 ustawy o turystyce z dnia 29.sierpnia 1997r.