**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/samolot) |
| 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 BIURO USŁUG TURYSTYCZNYCH „TRAMP” TADEUSZ PŁOSZAJ umowy generalnej ubezpieczenia nr 518868 z dnia 15.10.2020 **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 w zakresie standard z rozszerzeniem o zaostrzenie chorób przewlekłych i nowotworowych.** Pakiety ubezpieczeniowe BIURA PODRÓŻY obejmują***:*** zakresie KL – koszty leczenia 20 000 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*

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: Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Bezpieczne Podróże, zatwierdzonych uchwałą Nr 4/Z/2018 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 31.01.2018 r, zmienionych aneksem nr 1 z dnia 16.04.2020 r. oraz aneksem nr 2 z dnia 08.05.2020 r. wraz  z dokumentem zawierającym informację o produkcie ubezpieczeniowym stanowiących załącznik do niniejszej umowy oraz jej integralną część. 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.Dane ubezpieczonych będą udostępnione do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie, w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania” Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. znajduje się na stronie [www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-](http://www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-) danych-osobowych

**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.