

## Załącznik do Umowy - ubezpieczenie uczestników imprezy łączonej: kraj i zagranica

1. Nizej podpisany/na deklaruje za siebie i za innych uczestników imprezy, w imieniu których dokonuje płatności za imprezę turystyczną, że przed zawarciem umowy udziału w imprezie turystycznej otrzymałem/am następujące OWU : Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zatwierdzone uchwałą nr 6/Z/2015 Zarządu Signal Iduna Polska Towarzystwo Ubezpieczeń SA z dnia 16.02.2015 roku zmienione aneksem nr 1 z dnia 15.12.2015 roku .
2. Na mocy zawartej pomiędzy Signal Iduna TU SA i Biurem Podróży PTTK w Rybniku umowy generalnej ubezpieczenia nr 201091 z dnia 23.09.2012 roku, każdy uczestnik imprezy turystycznej Biura Podróży PTTK w Rybniku zgłoszony do Signal Iduna TU SA zgodnie z postanowieniami umowy generalnej objęty jest ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Pakiet ubezpieczeniowy Biura Podróży obejmuje **NNW 5000 PLN**.

1/ Na mocy zawartej pomiędzy Signal Iduna Polska TU SA i Biurem Podróży PTTK w Rybniku, umowy generalnej ubezpieczenia nr 201090 z dnia 23.03.2012r. każdy uczestnik imprezy turystycznej Biura PTTK w Rybniku zgłoszony do Signal Iduna Polska TU SA zgodnie z postanowieniami umowy generalnej jest objęty ubezpieczeniem Signal Iduna Bezpieczne Podróże.

Pakiet ubezpieczeniowy BIURA PODRÓŻY obejmuje : **KL 7000 EUR, NNW 5000 PLN, BP 800 PLN**.

2/ Nizej podpisany deklaruje za siebie i za innych uczestników imprezy, w imieniu których dokonuje płatności za imprezę turystyczną, że przed zawarciem umowy otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia Signal Iduna Bezpieczne Podróże, zatwierdzone uchwałą nr 71/Z/2015 Zarządu Signal Iduna Polska SA z dnia 15.12.2015 roku.

### **Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW i Bezpiecze Podróże dostępne są na stronie internetowej biura PTTK.**

3/ Jednocześnie oświadczam w imieniu swoim i pozostałych uczestników imprezy, w imieniu których dokonuję płatności za imprezę , że każdy Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wyraża pisemną zgodę na zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej określonej w art. 40 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty tj. Ubezpieczony zwalnia leczących go lekarzy w kraju i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyraża pisemną zgodę na udostępnienie Signal Iduna przez podmioty udzielające mu świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej z jego leczenia, w celu ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem iż powyższa zgoda jest wyłącznie, pod warunkiem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców ( nazwa i adres ), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym. Zostałem poinformowany oraz przekażę informację pozostałym ubezpieczonym, że dane osób objętych ubezpieczeniem w zakresie obejmującym: imię i nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania/zameldowania, zostaną udostępnione do Ubezpieczyciela tj Signal Iduna TU SA z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie.

Ubezpieczyciel przetwarza udostępnione dane osobowe zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r o ochronie danych osobowych w celu realizacji umowy ubezpieczenia oraz marketingu produktów i usług świadczonych przez Signal Iduna Polska TU SA. Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, jak również prawo wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych w celu marketingowym.

Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

*Centrala Alarmowa – telefon czynny całą dobę : 48 22 8645526, fax 48 22 5759575  
sms 48 661 000 888*

Data .....

Podpis .....