



# Polskie Towarzystwo Turystyczno - Krajoznawcze

## ODDZIAŁ W RYBNIKU

44-200 Rybnik ul. J. Piłsudskiego 4 tel. 32 42 23 653  
www.pttk.rybnik.pl e-mail: biuro@rybnik.pttk.pl  
KONTO 44 1090 1766 0000 0001 1922 7209

Wpis do Rejestru Organizatorów i Pośredników Turystycznych nr 0135. Gwarancja Ubezpieczeniowa SIGNAL IDUNA POLSKA TU

### UMOWA – ZGŁOSZENIE

Nr imprezy:	Nazwa i miejsce imprezy: <b>KRAINA WYGASŁYCH WULKANÓW</b>		Termin: <b>6 – 8.06.2025r.</b>
Transport: <b>AUTOKAR</b>	Miejsce odjazdu		Godz wyjazdu <b>6<sup>00</sup></b>
	<b>Uczestnik 1</b>	<b>Uczestnik 2</b>	<b>Uczestnik 3</b>
NAZWISKO			
IMIĘ			
DATA URODZENIA			
ADRES (z kodem pocztowym)			
Tel. kontaktowy			
E-mail			
Opłata na Turystyczny Fundusz Gwarancyjny	2 zł – w cenie wycieczki	2 zł – w cenie wycieczki	2 zł – w cenie wycieczki
Opłata na Turystyczny Fundusz Pomocowy	2 zł – w cenie wycieczki	2 zł – w cenie wycieczki	2 zł – w cenie wycieczki
<b>CENA WYCIECZKI</b>			

KWOTA DO ZAPŁATY gotówką lub na konto bankowe: Santander Bank Polska <b>44 1090 1766 0000 0001 1922 7209</b>		
ZADATEK W WYSOKOŚCI :	Data	Kwota
DOPLATA DO 100%	Termin dopłaty: <b>od 07 do 14.05.2025r.</b>	Kwota

Uczestnicy imprez będący członkami PTTK są ubezpieczeni od NNW i KL zgodnie z wykupioną aktualną składką członkowską.

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i oświadczam (w imieniu swoim i osób mi towarzyszących), że zapoznałem się z programem imprezy, drugostronnie wymienionymi warunkami uczestnictwa, warunkami ubezpieczenia stanowiącymi załącznik do niniejszej umowy oraz pozostałymi istotnymi informacjami wymaganymi ustawą „o usługach turystycznych” zawartymi w przedmiotowej ofercie, która stanowi integralną część niniejszej umowy. Ja, niżej podpisany, w imieniu swoim i osób mi towarzyszących (działając z ich upoważnienia), oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r ( Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 ) jako uczestnik wyjazdu organizowanego przez PTTK Rybnik, zgadzam się na wykorzystanie moich danych osobowych i osób mi towarzyszących w celu przygotowania niezbędnych dokumentów związanych z uczestnictwem w wyjeździe. Każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jego danych. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy-zgłoszenia. Zapoznałem się i akceptuję

**WYRAŻAM zgodę / NIE WYRAŻAM** zgody na udostępnienie mojego wizerunku i osób mi towarzyszących (bez podania imienia i nazwiska) dla potrzeb sprawozdawczych i marketingowych imprezy.

.....  
Organizator

.....  
Podpis Uczestnika

## **Załącznik do Umowy – Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków na terenie Polski**

Na mocy zawartej pomiędzy Signal Iduna TU SA i Biurem Podróży PTTK w Rybniku umowy generalnej ubezpieczenia nr **517032** z dnia 01.01.2024 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 10000 PLN**.

### **OWU NNW dostępne są na stronie internetowej biura PTTK w Rybniku.**

- Niżej podpisany/na oświadczam 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 Ogólne Warunki Ubezpieczenia: Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zatwierdzone uchwałą nr 6/Z/2015 z dnia 16.02.2015 r. oraz zmienione uchwałą nr 70/z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15.12.2015 r. wraz z Informacją o Produkcie Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. stanowiące załącznik do niniejszej umowy.
- 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. Pełna informacja dotycząca przetwarzania danych przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. znajduje się na stronie [www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych](http://www.signal-iduna.pl/przetwarzanie-danych-osobowych).

### **UWAGA – powyższe ubezpieczenie obejmuje choroby przewlekłe.**

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 .....