# Polskie Towarzystwo Turystyczno - Krajoznawcze

## ODDZIAŁ W RYBNIKU

**44-200 Rybnik ul. J. Piłsudskiego 4 tel. 32 42 23 653**
**www.rybnik.pttk.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: **KULIG PODHALAŃSKI** | Termin: **27-28.02.2027r.** |
|---|---|---|
| Transport: **AUTOKAR** | Miejsce odjazdu **parking przy kąpielisku Ruda w Rybniku ul. Gliwicka 74 lub przystanek PKS Rybnik, ul. 3 maja 35 – obok Biedronki** | Godz wyjazdu **$7^{00}$** |

| | Uczestnik 1 | Uczestnik 2 | Uczestnik 3 |
|---|---|---|---|
| NAZWISKO | | | |
| IMIĘ | | | |
| DATA URODZENIA | | | |
| ADRES (z kodem pocztowym) | | | |
| Tel. kontaktowy | | | |
| E-mail | | | |
| **CENA WYCIECZKI** | | | |

| KWOTA DO ZAPŁATY gotówką lub na konto bankowe: Santander Bank Polska **44 1090 1766 0000 0001 1922 7209** | | |
|---|---|---|
| ZADATEK W WYSOKOŚCI : | Data | Kwota |
| DOPŁATA DO 100% | Termin dopłaty: **do 01.02.2027r** | Kwota |

| Deklaruję się na zakup ubezpieczenia od kosztów rezygnacji | TAK NIE<br>Właściwe zaznaczyć w kółku | Data:..... | .....<br>podpis |
|---|---|---|---|

Ewentualne ubezpieczenie od kosztów rezygnacji należy wykupić w ciągu 7 dniu od momentu zawarcia umowy na wycieczkę.

Uczestnicy imprez będący członkami PTTK są ubezpieczeni od NNW i KL zgodnie z wykupioną aktualną składką członkowską. Program wycieczki i warunki ubezpieczenia stanowią integralną część umowy i są wiążące dla uczestnika wycieczki

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i oświadczam (w imieniu swoim i osób mi towarzyszących), że zapoznałem się z programem imprezy, 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 50 000 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 uchwała 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.

Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

***Centrala Alarmowa Inter Partner Assistance Polska***

*Telefon czynny całą dobę : (48 )22 864 55 26, fax (48) 22 575 95 75, sms + 48 661 000 888*

…….  ……

data  podpis