****

PIĘCZĄTKA AGENTA

Biuro Podróży Misja Travel

ul. Strzelecka 34/10, 61-846 Poznań

+48 796 000 190, NIP 911-185-65-71

[www.misjatravel.pl](http://www.misjatravel.pl) [biuro@misjatravel.pl](mailto:biuro@misjatravel.pl)

Nr konta bankowego:  
**98 1750 0012 0000 0000 2927 6625**

UMOWA-ZGŁOSZENIE

wypełnić czytelnie, drukowanymi literami. Zapisane na umowie osoby będą zakwaterowane razem w pokoju.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA I TERMIN IMPREZY** | **Pielgrzymka do Medjugoria i Chorwacji 16-23.06.2018** | | | | | | | | | |
|
| **CENA IMPREZY** | **2 690zł/os + 10 zł Turystyczny Fundusz Gwarancyjny** | | | | | | | | | |
| **PŁATNOŚĆ** | **Zaliczka**  + ew. dodatkowe ubezpieczenie, bagaż itp. | 1 000 zł | | **W dniu** | zgłoszenia | **Dopłata** | | 1 700 zł | **Do dnia** | 16.05.2018 |
| **DODATKOWE INFORMACJE** | **Lotnisko:** | | | **KATOWICE** | | | | **Dodatkowy koszt zbierany na miejscu** | | **90 euro** |
| **RODZAJ POKOJU**  Zaznacz „X” przy wybranym pokoju | 1 osobowy  + 690 ZŁ | |  | 2 osobowy | | |  | 3 osobowy | |  |
| **DANE KLIENTA** | **UCZESTNIK 1** | | | **UCZESTNIK 2** | | | | **UCZESTNIK 3** | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO (zgodnie z dokumentem)** |  | | |  | | | |  | | |
| **DATA URODZENIA** |  | | |  | | | |  | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA**  **Z KODEM POCZTOWYM** |  | | |  | | | |  | | |
| **NUMER I SERIA DOWODU OS. LUB PASZPORTU** |  | | |  | | | |  | | |
| **DATA WAŻNOŚCI DOWODU OS. LUB PASZPORTU** |  | | |  | | | |  | | |
| **NUMER TELEFONU** |  | | |  | | | |  | | |
| **E-MAIL** |  | | |  | | | |  | | |
| **BAGAŻ REJESTROWY do 15kg**  **+ 390 zł/1szt.** (zaznacz „X”) |  | | |  | | | |  | | |
| **UWAGI DODATKOWE** |  | | |  | | | |  | | |

**OŚWIADCZENIE KLIENTA:**

Klient zawierając Umowę, w imieniu własnym oraz zgłaszanych przez siebie uczestników imprezy, oświadcza i potwierdza że:

* zapoznał się i akceptuje Ogólne Warunki Uczestnictwa w imprezach turystycznych Organizatora, które stanowią integralną część Umowy pomiędzy Organizatorem i Klientem;
* został poinformowany o obowiązujących przepisach paszportowych, wizowych i sanitarnych, w szczególności o terminach oczekiwania na wydanie paszportu i wizy oraz o wymaganiach zdrowotnych dotyczących udziału w imprezie turystycznej, której Umowa dotyczy; otrzymał od Organizatora informację o szczególnych zagrożeniach dla życia i zdrowia na odwiedzanych w trakcie trwania imprezy turystycznej obszarach oraz o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia z tym związanej;
* stan zdrowia Klienta oraz stan zdrowia wszystkich reprezentowanych przez Klienta uczestników pozwala na udział w imprezie turystycznej, której umowa dotyczy.
* został poinformowany i zapoznał się z zakresem ubezpieczenia Signal Iduna Bezpieczne Podróże (ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia), którym objęci są uczestnicy imprezy której Umowa dotyczy, jak również został poinformowany o możliwości zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia (rozszerzenia zakresu ubezpieczenia), w tym o możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia od kosztów rezygnacji z udziału w imprezie turystycznej;
* niżej podpisany/na deklaruję za siebie i za innych uczestników imprezy, w imieniu których dokonuje płatności za imprezę turystyczną, że przed zawarciem umowy-zgłoszenia udziału w imprezie turystycznej otrzymał następujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA 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.
* 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

Ponadto Klient oświadcza, w imieniu własnym oraz zgłaszanych przez siebie uczestników imprezy, że (prosimy o zaznaczenie krzyżykiem, pierwsze pole obowiązkowe):

* wyraża zgodę na przetwarzanie przez Organizatora danych osobowych Klienta i danych reprezentowanych przez niego uczestników, przekazanych w niniejszej Umowie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity – Dz. U. tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.), w celach związanych z realizacją Umowy oraz w celu prowadzenia przez Organizatora działań marketingowych własnych produktów i usług. Klient wyraża zgodę na przekazanie przez Organizatora danych osobowych Klienta i danych reprezentowanych przez niego uczestników, w zakresie koniecznym dla realizacji postanowień niniejszej Umowy, podmiotom współpracującym z Organizatorem przy realizacji Umowy w zakresie, w jakim wynika to z ich udziału w jej realizacji. Klient oświadcza, iż został poinformowany o osobie i danych kontaktowych administratora danych osobowych, celach zbierania tych danych, prawie dostępu do treści danych osobowych dotyczących Klienta i danych reprezentowanych przez niego uczestników oraz możliwości ich poprawiania, jak również o fakcie, iż przekazanie Organizatorowi przez Klienta ww. danych osobowych jest dobrowolne.
* wyraża zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną przez MISJA TRAVEL Jan Olczykowski z siedzibą pod adresem: ul. Strzelecka 34/10, 61-846 Poznań, wpisanego do rejestru organizatorów turystyki prowadzonego przez Marszałka Województwa Wielkopolskiego pod numerem 648, posiadającego NIP 9111856571 oraz REGON 021409164, zgodnie z ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) w imieniu własnym oraz reprezentowanych przez siebie uczestników.

………………………………………………………… …………………………………………………………

Data i czytelny podpis przedstawiciela Organizatora Data i czytelny podpis Klienta

**UBEZPIECZENIE BEZPIECZNA PODRÓŻ SIGNAL IDUNA**

**NAZWA** **IMPREZY**: **PIELGRZYMKA DO MEDJUGORIA I CHORWACJI**

**DATA: 16-23.06.2018**

Szanowni Państwo,

Przed wyjazdem w każdą podróż warto przemyśleć kwestię ubezpieczenia podróży.

Jako uczestnicy wyjazdu **są Państwo objęci ubezpieczeniem Signal Iduna w wariancie STANDARD EUROPA.**

Proponujemy rozważyć wyższe warianty ubezpieczenia. Rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej, ryzyka i sumy ubezpieczenia szczegółowo przedstawiliśmy w tabeli zawierającej dodatkowe warianty ubezpieczenia. W przypadku zainteresowania uprzejmie prosimy o zaznaczenie wariantu w tabeli.

**Niniejszy formularz należy wypełnić, podpisać i przesłać wraz z umową - zgłoszenia. W przypadku wybrania dodatkowego wariantu ubezpieczenia, dodatkowy koszt należy uiścić na konto bankowe Biura Podróży Misja Travel wraz z wpłatą zaliczki. Ubezpieczenie Kosztów Imprezy Turystycznej koniecznie musi zostać zgłoszone w dniu podpisania umowy - zgłoszenia.**

|  |  |
| --- | --- |
| **UBEZPIECZENIE SIGNAL IDUNA STANDARD EUROPA** | |
| **STANDARD EUROPA**  KL 10 000 EUR, NNW 15 000 PLN | **W CENIE WYCIECZKI DLA KAŻDEGO UCZESTNIKA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA**  **(DODATKOWY WARIANT UBEZPIECZENIA)** | **DATA URODZENIA** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DODATKOWE WARIANTY UBEZPIECZENIA SIGNAL IDUNA** | **DODATKOWY KOSZT**  **na 1 uczestnika** | **WYBIERZ WARIANT**  (zaznacz **X**) |
| **GOLD EUROPA**  KL 20 000 EUR, NNW 15 000 PLN, BP 1 000 PLN | **30 zł** |  |
| **PLATINIUM EUROPA**  KL 50 000 EUR, NNW 15 000 PLN, BP 1 000 PLN | **55 zł** |  |
| **STANDARD EUROPA + Choroby Przewlekłe**  KL 10 000 EUR, NNW 15 000 PLN | **65 zł** |  |
| **GOLD EUROPA+ Choroby Przewlekłe**  KL 20 000 EUR, NNW 15 000 PLN, BP 1 000 PLN | **110 zł** |  |
| **PLATINIUM EUROPA + Choroby Przewlekłe**  KL 50 000 EUR, NNW 15 000 PLN, BP 1 000 PLN | **190 zł** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA**  **( UBEZPIECZENIE KOSZTÓW IMPREZY TURYSTYCZNEJ)** | **DATA URODZENIA** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UBEZPIECZENIE KOSZTÓW IMPREZY TURYSTYCZNEJ SIGNAL IDUNA** | | |
| **WARIANT** | **DODATKOWY KOSZT na 1 uczestnika** | **WYBIERZ WARIANT** |
| **SUPER,** wersja 100% | **110 zł** |  |
| **SUPER**, wersja 100% + Choroby Przewlekłe | **270 zł** |  |

KL- KOSZTY LECZENIA

NNW – NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

BP- BAGAŻ PODRÓŻNY

CP – CHOROBY PRZEWLEKŁE

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”.

……………………………………… ……………………………………………………………….

Data i czytelny podpis przedstawiciela Organizatora Data i czytelny podpis Klienta