



PALLOTYŃSKIE BIURO PIELGRZYMKOWO-TURYSTYCZNE PEREGRINUS
ul. Skaryszewska 12; 03-802 Warszawa; skrytka pocztowa 255
tel.: +48 226191502; +48 226186723; +48 226186851
tel.: +48 226185372; +48 228182751; fax: +48 226191804
www.bp.ecclesia.org.pl; e-mail: bop@ecclesia.org.pl
Konto: PKO BP SA, nr 28 1020 1042 0000 8602 0280 8905
NIP 1132862070; REGON 006237358-00125; Wpis do Rejestru
Organizatorów Turystyki i Pośredników Turystycznych: 1408

Biuro czynne od poniedziałku do piątku: 9.00-17.00

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia na czas podróży oraz zakres Ubezpieczenia

Na mocy umowy generalnej ubezpieczenia nr **201348 z dnia 22.02.2013** zawartej pomiędzy SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. i Pallotyńskie Biuro Pielgrzymkowo – Turystyczne Peregrinus, każdy uczestnik imprezy turystycznej BIURA PEREGRINUS zgłoszony do SIGNAL IDUNA POLSKA TU S.A., zgodnie z postanowieniami umowy generalnej objęty jest ubezpieczeniem SIGNAL IDUNA Bezpieczne Podróże. Pakiety ubezpieczeniowe BIURA PEREGRINUS obejmują:

Ubezpieczenie SIGNAL IDUNA BEZPIECZNE PODRÓŻE	
zakres terytorialny, wariant, rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej, ryzyka i sumy ubezpieczenia	Wybór Ubezpieczonych
EUROPA, STANDARD + CP + PP KL 20 000 EUR, NNW 15 000 PLN, BP 800 PLN	<input checked="" type="checkbox"/>
ŚWIAT, STANDARD+ CP + PP KL 30 000 EUR, NNW 16 000 PLN, BP 1800 PLN	<input type="checkbox"/>

- 1) „Niżej podpisany/na deklaruje 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 IDUNA BEZPIECZNE PODRÓŻE, zatwierdzone uchwałą Nr 71/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 15.12.2015 r.
- 2) Jednocześnie oświadczam w imieniu swoim i pozostałych uczestników imprezy, 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 dentysty, 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 ważna 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/łam poinformowany/na oraz przekazałem informację pozostałym ubezpieczonym, że dane osób objętych ubezpieczeniem w zakresie obejmującym: imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania/zameldowania, zostaną udostępnione do Ubezpieczyciela, tj. SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie. Ubezpieczyciel przetwarza udostępnione dane osobowe zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, w celu realizacji umowy ubezpieczenia oraz marketingu produktów i usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. 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”.

11.08.2017r. Lidia Rulkowski

(Data i czytelny podpis przedstawiciela biura)

(Data i czytelny podpis Klienta)