

UMOWA - ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W PIELGRZYMCE

(prosimy o czytelne wpisanie danych Uczestników, najlepiej wielkimi literami)

udział w Pielgrzymce do: _____

w terminie od: _____ do: _____

Dane Organizatora: Dobre Miejsce Sp. z o.o., Biuro Pielgrzymkowe Dobre Miejsce, Oddział w Warszawie
ul. Dewajtis 3, 01-815 Warszawa
NIP: 118-202-27-51 REGON: 141430620

Dane Zgłaszającego i Uczestników	Osoba Zgłaszająca	Uczestnik – Osoba Zgłaszająca	Uczestnik - Współmałżonek Osoby Zgłaszającej	Uczestnik – pozostający pod opieką Osoby Zgłaszającej
Imię		0		
Nazwisko		0		
Data urodzenia		0		
Obywatelstwo	x			
Nr paszportu	x			
Paszport ważny do	x			
Telefon stacjon./kom.		0		
Adres e-mail		0		

Adres:

ulica		0		
nr domu		0		
nr mieszkania		0		
kod miejscowość		0		

NIP (NIP na fakturze na życzenie) _____**Zakwaterowanie:**

pokój 2 osobowy	x	TAK / NIE		
pokój 1 os (za dopłatą)	x	TAK / NIE		

Ubezpieczenie BEZPIECZNE PODRÓŻE zakres STANDARD:

KL, NNW (w cenie Pielgrzymki)	TAK		
KL Chorób Przewlekłych (dodatkowo płatne: 14 zł za dzień za osobę)	TAK / NIE		
Kosztów Odwołania Uczestnictwa bez ubezpieczenia KL Chorób Przewlekłych (dodatkowo płatne: 3% wartości Pielgrzymki)	TAK / NIE		
Kosztów Odwołania Uczestnictwa przy jednoczesnym ubezpieczeniu KL Chorób Przewlekłych (dodatkowo płatne: 8% wartości Pielgrzymki)	TAK / NIE		

Ja, niżej podpisana/-y _____ 0 _____ 0 _____ deklaruje za siebie i za innych uczestników imprezy, w imieniu których dokonuję płatności za imprezę turystyczną, że zapoznałem się z treścią i otrzymałem następujące OWU: Ogólne Warunki Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA BEZPIECZNE PODRÓŻE, zatwierdzone uchwałą Nr 47/Z/2010 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. Z dnia 30.08.2010 roku. Jednocześnie zwaliam lekarzy prowadzących leczenie Ubezpieczonego z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz zezwalam na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Potwierdzam, że zostałam/-em poinformowany o możliwości zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku chorób przewlekłych oraz dodatkowego ubezpieczenia od kosztów odwołania uczestnictwa w Pielgrzymce.

Oświadczam, że stan zdrowia osób zgłoszonych przeze mnie pozwala na wzięcie udziału w Pielgrzymce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej Umowie w celach związanych z realizacją niniejszej Umowy zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883).

Dane osób objętych ubezpieczeniem w zakresie obejmującym: imię, nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania/zameldowania, zostaną udostępnione i będą przetwarzane przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą przy ul. Jasnej 14/16a w Warszawie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.) w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Prawidłowość wyżej zawartych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Data i podpis Zgłaszającego

UMOWA - ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W PIELGRZYMCE – strona 2

Cena Pielgrzymki:	Liczba osób	USD	EUR	PLN
Cena Pielgrzymki (świadczenia zgodnie z programem)/osobę				
Dopłata do pokoju 1 os/osobę				

Dodatkowe ubezpieczenie:

Dla celów obliczenia kosztów dodatkowego ubezpieczenia wartości podane w walucie przelicza się na PLN na podstawie kursu sprzedaży Dewiz Alior Banku, z dnia podpisania Umowy, opublikowanego przez Alior Bank S.A w godzinach 7:00-11:00

Kurs sprzedaży Dewiz Alior Banku	USD 1 = PLN 1,0000	EUR 1 = PLN 1,0000
----------------------------------	---------------------------	---------------------------

	Liczba osób	Ilość dni	zł/dzień/osoba	PLN
KL Chorób Przewlekłych			14	0,00
	Liczba osób	Cena podst.	Dopłata do pok. 1 os.	PLN
Kosztów Odwołania Uczestnictwa bez ubezpieczenia KL Chorób Przewlekłych (dodatkowo płatne: 3% wartości Pielgrzymki)		0,00	0,00	0,00
	Liczba osób	Cena podst.	Dopłata do pok. 1 os.	PLN
Kosztów Odwołania Uczestnictwa przy jednoczesnym ubezpieczeniu KL Chorób Przewlekłych (dodatkowo płatne: 8% wartości Pielgrzymki)		0,00	0,00	0,00

RAZEM do zapłaty	USD	EUR	PLN
za wszystkich Uczestników:	0,00	0,00	0,00

Deklaruję wpłatę:

a) w PLN i walucie obcej USD/EUR	TAK / NIE
b) w PLN po przeliczeniu waluty USD/EUR na PLN po kursie sprzedaży Dewiz Alior Banku z dnia wystawienia faktury	TAK / NIE

HARMONOGRAM WPŁAT

I wpłata - zaliczka	0,00	PLN, płatna do dnia	Nr KP/WB:
II wpłata	0,00	PLN, płatna do dnia	Nr KP/WB:
III wpłata - końcowa	0,00	USD, płatna do dnia	Nr KP/WB:

Płatności na rzecz Biura Pielgrzymkowego "Dobre Miejsce" należy dokonywać na konto w Alior Bank S.A.

Nr rachunku PLN: 95 2490 0005 0000 4520 5250 2275 Numer rachunku USD: 62 2490 0005 0000 4600 9263 2855
 Numer rachunku EUR: 56 2490 0005 0000 4600 3399 6463

Ja, niżej podpisana/-y _____ 0 _____ 0 _____ uznaję za obowiązujące, wszystkie postanowienia niniejszej Umowy, także w imieniu wszystkich zgłoszonych przeze mnie Uczestników.

Deklaruję za wszystkich Uczestników Pielgrzymki, zgłoszonych przeze mnie, że zapoznałam/em się z treścią:

- Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczne Podróże SIGNAL IDUNA, stosowanych do umów ubezpieczenia zawieranych przez ubezpieczyciela: SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (Załącznik nr 1),
- ogólnych informacji o obowiązujących przepisach paszportowych, wizowych i sanitarnych (Załącznik nr 2),
- programu Pielgrzymki (Załącznik nr 3),
- Ogólnych Warunków Uczestnictwa w Pielgrzymkach (Załącznik nr 4).

Wyżej wymienione dokumenty, stanowiące integralną część Umowy, akceptuję i zobowiązuję się do ich przestrzegania także w imieniu wszystkich zgłoszonych przeze mnie Uczestników.

Cena Umowy nie obejmuje kosztów ponoszonych w kraju docelowym, które pokrywa na miejscu każdy Uczestnik objęty niniejszą Umową, takich jak: opłaty graniczne, wizowe, bilety wstępów, opłaty dodatkowe wynikające z regionalnych zwyczajów.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
 Data i podpis Uczestnika

.....
 Pieczęć i podpis pracownika Biura
 (imię, nazwisko, pełniona funkcja)