

SIGNAL IDUNA



CERTYFIKAT

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
potwierdza niniejszym udzielenie gwarancji ubezpieczeniowej turystycznej.

o numerze M 208341

ważnej od 18.09.2017 r. do 17.09.2018 r.
dotyczącej pokrycia kosztów powrotu klientów do kraju,
a także zwrotu wpłat wniesionych przez klientów
za imprezę turystyczną

dla

„Biuro Podróży „BRITAS” sp. z o. o.
ul. Plac Lotników 3, 70-414 Szczecin

spełniającego wymogi

Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o usługach turystycznych
(t.j. Dz. U. z 2004 r. Nr 223, poz. 2268, z późn. zmianami)

Przedmiotem gwarancji jest:

- pokrycie kosztów powrotu klientów z imprezy turystycznej do miejsca wyjazdu lub planowanego powrotu z imprezy turystycznej w wypadku gdy Wnioskodawca wbrew obowiązкови nie zapewnia tego powrotu,
- pokrycie zwrotu wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną w wypadku gdy z przyczyn dotyczących Wnioskodawcy lub osób które działają w jego imieniu impreza turystyczna nie zostanie zrealizowana,
- pokrycie zwrotu części wpłat wniesionych tytułem zapłaty za imprezę turystyczną, odpowiadającą części imprezy turystycznej, która nie zostanie zrealizowana z przyczyn dotyczących Wnioskodawcy lub osób które działają w jego imieniu stosownie do ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych

Suma gwarancyjna wynosi

220 785,00 zł

co stanowi równowartość kwoty 50 000 euro (słownie euro: pięćdziesiąt tysięcy i 00/100 EURO) przeliczoną przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku wystawienia gwarancji to jest w dniu 2 stycznia 2017 roku (1 EUR= 4,4157 zł).

Zobowiązania Gwaranta obejmują działalność Wnioskodawcy wykonywaną na terenie:

- Rzeczpospolita Polska (w tym imprez zagranicznej turystyki przyjazdowej) i kraje mające lądową granicę z Rzeczpospolitą Polską, a w przypadku Federacji Rosyjskiej w obrębie obwodu kaliningradzkiego, zgodnie z § 2 pkt 4 rozporządzenia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 511);
- Państwa europejskie, z wykorzystaniem transportu innego niż transport lotniczy w ramach przewozów czarterowych (z wyłączeniem Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów mających lądową granicę z Rzeczpospolitą Polską, a w przypadku Federacji Rosyjskiej w obrębie obwodu kaliningradzkiego), zgodnie z § 2 pkt 3 rozporządzenia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 511);
- Państwa pozaeuropejskie niezależnie od środka transportu oraz Państwa europejskie z wykorzystaniem transportu lotniczego w ramach przewozów czarterowych (z wyłączeniem Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów mających lądową granicę z Rzeczpospolitą Polską, a w przypadku Federacji Rosyjskiej w obrębie obwodu kaliningradzkiego), zgodnie z § 2 pkt 1 rozporządzenia z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie minimalnej wysokości sumy gwarancji bankowej lub ubezpieczeniowej wymaganej w związku z działalnością wykonywaną przez organizatorów turystyki i pośredników turystycznych (Dz.U. Nr 238, poz. 1584).

Beneficjent Gwarancji:

**Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego
ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin**

W imieniu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.

Hanna Sosińska – Kierownik ds. Kluczowych Klientów

PREZES ZARZĄDU

mgr inż. Brygida Zamojska

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**

Niniejszy Certyfikat nie stanowi podstawy dla Marszałka Województwa do wystąpienia z roszczeniem. Podstawą do wystąpienia przez Marszałka Województwa z roszczeniem jest tylko i wyłącznie oryginał gwarancji. Certyfikat wydaje się na wniosek Wnioskodawcy i jego używanie możliwe jest jedynie w przypadku doręczenia Marszałkowi Województwa oryginału gwarancji

Compensa Kontakt: 801 120 000, +48 22 501 61 00 (połączenie częściowo płatne,
dostępne z telefonów stacjonarnych) Assistance: +48 22 295 82 01



Compensa Firma

Polisa typ 19043 nr 4188159

Jednostka organizacyjna 523/0/0/75393

Wznowienie polisy typ 19043 nr 4147814

1. OKRES UBEZPIECZENIA

od 2017-12-15 godz. 00:00 do 2018-12-14 godz. 23:59

2. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

☐ osoba fizyczna ☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ☒ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej
Nazwa BIURO PODRÓŻY BRITAS SP. Z O.O. PKD 79.90 PESEL/REGON 810056456
Adres PL. LOTNIKÓW 3 70-414 SZCZECIN Nr telefonu 91 4899608
Adres email M.PASTEWSKA@BRITAS.PL

3. DANE UBEZPIECZONEGO

☐ osoba fizyczna ☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ☒ osoba prawna ☐ jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej
Nazwa BIURO PODRÓŻY BRITAS SP. Z O.O. PKD 79.90 PESEL/REGON 810056456
Adres PL. LOTNIKÓW 3 70-414 SZCZECIN Nr telefonu 91 4899608
Adres email M.PASTEWSKA@BRITAS.PL

4. RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI ORAZ PKD

Lp.	Opis rodzaju działalności	Symbol PKD (2007)	Wysokość obrotu (pole nieobowiązkowe)
1	Pozostała działalność usługowa w zakresie rezerwacji oraz działalności z nią związane	79.90	0 zł

5. MIEJSCE UBEZPIECZENIA

Lp.	Adres	Dotyczy ubezpieczenia
1	LOTNIKÓW 3, 70-414 SZCZECIN	

6. DODATKOWE INFORMACJE

Ubezpieczony nie rozlicza się na podstawie karty podatkowej
W stosunku do ubezpieczonego nie zostało wszczęte postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne, nie została ogłoszona upadłość oraz nie został ustanowiony zarząd przymusowy. Mienie Ubezpieczonego nie znajduje się w zarządzie syndyka masy upadłościowej. Mienie Ubezpieczonego nie zostało zajęte przez komornika sądowego.

7. ZAWARTE UBEZPIECZENIA W RAMACH POLISY

Rodzaj ubezpieczenia	Franszyzy	Składka
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	franszyza zniesiona	616 zł

Odmienne rodzaje i wysokości franszyz niż wymienione w powyższej tabeli ma zastosowanie w przypadkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia w § 10 ust. 7, § 17 ust. 7, § 22 ust. 3, § 27 ust. 8, § 32 ust. 3, § 39 ust. 7, § 44 ust. 5, § 52 ust. 4, § 57 ust. 13, § 63 ust. 7.

UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

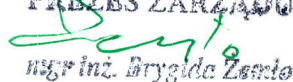
Zakres ubezpieczenia: wariant rozszerzony
Podstawa obliczenia: Liczba pracowników
Suma gwarancyjna (na jedno i wszystkie zdarzenia): 1 900 000 zł

Wartość / liczba: 8
Składka: 466 zł

KLAUZULE

Nazwa klauzuli	Limit odpowiedzialności	Składka
KL 8 OC podwykonawcy	100 000 zł	150 zł

ŁĄCZNIE ZA KLAUZULE: 150 zł
SKŁADKA ŁĄCZNA ZA UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ: 616 zł

PREZES ZARZĄDU

mgr inż. Brygida Zentel

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162
02-342 Warszawa

KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686
Kapitał zakładowy: 179.851.957,00 zł - opłacony w całości

Tel.: +48 22 501 60 00, 801 120 000
Faks: +48 22 501 60 01

8. INFORMACJA O PRZEBIEGU SZKODOWOŚCI

Rodzaj ubezpieczenia	Miejsce szkody/lokalizacja	Data wystąpienia szkody	Przyczyna / opis szkody	Wyplacone odszkodowanie / Zgłoszone roszczenia
ubezpieczenie OC	brak	brak w ciągu ostatniego roku	brak	0 zł

9. ZNIŻKI/ZWYŻKI Z TYTUŁU PRZEBIEGU UBEZPIECZENIA

Rodzaj ubezpieczenia	Wartość przysługującej zniżki / wyżki
OC	-5%

10. SKŁADKA

Składka płatna: ☒ jednorazowo ☐ półrocznie ☐ kwartalnie ☐ gotówką ☒ przelewem do dnia 2017-12-14
Składka ogółem: **616 zł** słownie: **sześćset szesnaście złotych, zero groszy**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: **59124069577003840041881598**

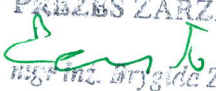
Składka w wysokości **616 zł** płatna do dnia **2017-12-14**

11. CESJA

12. POSTANOWIENIA DODATKOWE

Kody zgody: 523/100185/2017/kch

Do niniejszej umowy ubezpieczenia mają zastosowanie Ogólne warunki ubezpieczenia małych i średnich przedsiębiorstw – Compensa Firma zatwierdzone Uchwałą Zarządu nr 14/02/2017 z dnia 08 lutego 2017r.
Druk polisy jest jednocześnie wnioskiem ubezpieczeniowym.

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**
PREZES ZARZĄDU

mgr inż. Anny Zamojskiej

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, iż ubezpieczone mienie jest zabezpieczone zgodnie z wymogami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarto niniejszą umowę ubezpieczenia i których odbiór potwierdzam. Oświadczam, iż powyższe informacje zostały podane zgodnie ze znanym mi stanem faktycznym i według mojej najlepszej wiedzy.

Wyrażam zgodę w trybie art. 23.1.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2014 r. poz. 1182) na udostępnienie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa następujących moich danych osobowych: imię i nazwisko, PESEL / REGON, adres zamieszkania/adres siedziby firmy, adres do korespondencji, e-mail i numer telefonu w celu oferowania mi produktów i usług Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.

☐ TAK ☒ NIE

Wyrażam zgodę w trybie art. 10.2 z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2013 poz. 1422) na przysyłanie mi informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej przez:

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.

☒ TAK ☐ NIE

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa.

☐ TAK ☒ NIE

Szczecin 2017-12-14,
Szczecin

miejsce i data

Wystawiający: Nr 75393/10 BARBARA KOWALCZYK

Monika Lewandowicz

Monika Lewandowicz
Dyrektor Centrum Rozliczeń

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Oddział Szczecin
Szczecin 71-011 ul. Mieszka I nr 82-83
tel. +48 (91) 433 55 03, fax. +48 (91) 489 25 26

pieczęć Oddziału

INFORMACJE DOTYCZĄCE ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

Informacja od Administratora danych osobowych

Zgodnie z art. 24.1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, informuję, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
2. Pana/Pani dane osobowe mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa, a także, jeśli wyraził/a Pan/Pani zgodę podmiotom prawa polskiego powiązanym z Towarzystwem w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w szczególności oferowania przez te podmioty produktów i usług.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia.

PREZES ZARZĄDU

Barbara Kowalczyk
mgr inż. Brygida Zienko

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**