

## ORYGINAŁ / ORIGINAL / ОРИГИНАЛ

Dokument generowany elektronicznie  
Nie wymaga pieczęci ani podpisu ubezpieczyciela.

Document generated electronically.  
No insurer's stamp or signature required.

Документ создан в электронной форме.  
Не требует ни штампа, ни печати страховщика.

**Polisarium**  
UBEZPIECZENIA

**TUZ**  
UBEZPIECZENIA



3-02-409

Nr Agenta / Agent No. / № агента

1210299

Nr członkowski / Membership No. / членский номер

KLC0009385

(seria i numer polisy / series and policy number / серия и номер полиса)

## UBEZPIECZAJĄCY / THE POLICYHOLDER / СТРАХОВАТЕЛЬ

MIKITA KUTSAYEU

BIAŁORUŚ

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu  
First name surname / Entity name  
Имя и фамилия / Название субъекта

Obywatelstwo  
Citizenship  
гражданство

03221812337

2003-02-18

PESEL

Data urodzenia / Date of birth / день рождения

Adres

02-454

WARSZAWA

Address

Адрес

kod pocztowy / postal code / почтовый индекс

mięscowość / City / населённый пункт

SZCZĘSNA 5A M.95

ulica, numer / Street, number / улица, номер

PASZPORT

KB2285876

Typ dokumentu / Type of document /  
тип документа

Numer dokumentu / Document no. /  
№ документа

Okres ubezpieczenia  
Period of insurance  
Срок действия договора  
страхования

od  
from  
с

31

dzień / date /  
день

1

miesiąc / month  
/ месяц

2024

rok / year / год

## UBEZPIECZONY / THE INSURED / ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

MIKITA KUTSAYEU 03221812337

BIAŁORUŚ

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu  
First name surname / Entity name  
Имя и фамилия / Название субъекта

Obywatelstwo  
Citizenship  
гражданство

03221812337

2003-02-18

PESEL

Data urodzenia / Date of birth / день рождения

Adres

02-454

WARSZAWA

Address

Адрес

kod pocztowy / postal code / почтовый индекс

mięscowość / City / населённый пункт

SZCZĘSNA 5A M.95

ulica, numer / Street, number / улица, номер

PASZPORT

KB2285876

Typ dokumentu / Type of document /  
тип документа

Numer dokumentu / Document no. /  
№ документа

do  
to  
до

31

dzień / date /  
день

7

miesiąc / month  
/ месяц

2024

rok / year / год

182

liczba dni / number of  
days / количество дней

## Ubezpieczenie podstawowe - obligatoryjne / Obligatory insurance / Обязательное страхование

KL - ubezpieczenie kosztów leczenia na terenie RP  
Insurance of medical costs of treatment in Poland (CT)  
Страхование расходов на лечение на территории (РП)

Suma ubezpieczenia / Sum insured / Страховая  
сумма

30 000 €

## Ubezpieczenia dodatkowe - fakultatywne / Additional insurance / Факультативное страхование

NNW - ubezpieczenie następstw  
nieszczęśliwych wypadków  
Personal accident insurance (PA)  
Страхование от несчастных случаев  
(НС)

Suma ubezpieczenia / Sum insured / Страховая  
сумма

BRAK

OC w życiu prywatnym  
Third party liability insurance (TPL)  
Страхование частной  
ответственности в сфере частной  
жизни (ЧО)

Suma ubezpieczenia / Sum insured / Страховая  
сумма

BRAK

## Rozszerzenia zakresu ochrony / Extended insurance / Расширение объема страхования



Zdarzenia powstałe w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy o zwiększonym stopniu ryzyka (dotyczy KL i NNW) /  
insurance related to high risk job (CT, PA) /  
Происшествия, возникшие в связи с выполнением Застрахованным работы, характеризующейся повышенной степенью риска (РЛ,НС)



Zdarzenia powstałe w związku z amatorskim uprawianiem sportów zimowych i wodnych (dotyczy KL, NNW i OC) /  
insurance related to amateur winter and water sports (CT, PA, TPL) /  
Происшествия, возникшие в связи с занятиями зимними и водными видами спорта (РЛ,НС,ЧО)

Składka zapłacona / Paid Insurance premium / Страховая премия уплаченна

192

zł

## Oświadczam że:

1. Wszystkie informacje zawarte w niniejszej polisie są prawdziwe i udzielone zostały zgodnie z moją najlepszą wiedzą;
2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia doręczono mi Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kosztów leczenia cudzoziemców w czasie pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zatwierdzone Uchwałą Zarządu TUZ TUW Nr.U/80/2021 z dnia 7 lipca 2021 r., stanowiące podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, z którymi zapoznałem/łam się;
3. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia moje potrzeby i wymagania zostały zbadane, a zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi potrzebami i wymaganiami;
4. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (jestem Świadomy(-a)), że dokument ten nie stanowi części umowy ubezpieczenia i ma charakter informacyjny) oraz formularz informacyjny dotyczący umowy ubezpieczenia, z którymi zapoznałem/łam się;
5. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w przypadku zawarcia umowy;
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek - zobowiązuje się poinformować Ubezpieczonego o zawartej umowie na jego rachunek oraz zobowiązuje się udostępnić Ubezpieczonemu, w sposób przez nas ustalony, informacje o zawartej umowie ubezpieczenia, treści OWU oraz trybie postępowania w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ TUW danych szczególnej kategorii dotyczących mojego stanu zdrowia, historii chorób, nałogów w celu obsługi (wykona nia) zawartej umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkody;
8. W przypadku zgłoszenia szkody, wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TUZ TUW od:
  - 1) Placówek medycznych, lekarzy wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia oraz wglądu do dokumentacji medycznej, w zakresie określonym przepisami prawa;
  - 2) Narodowego Funduszu Zdrowia wszelkich informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem objętym umową ubezpieczenia;
9. Wyrażam wolę przystąpienia do TUZ TUW
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUZ TUW moich danych osobowych dla celów marketingu produktów i usług TUZ TUW, w tym w celach analitycznych i profilowania, również po zakończeniu umowy;

TAK ☒ NIE ☐

11. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez TUZ TUW moich danych osobowych w zakresie danych identyfikacyjnych i teleadresowych, podmiotom współpracującym z TUZ TUW, do przetwarzania w celach marketingowych, w tym w celach analitycznych i profilowania;

TAK ☒ NIE ☐

12. Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych przez TUZ TUW, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, na wskazane adresy elektroniczne, np. numer telefonu, adres e-mail

TAK ☒ NIE ☐

13. Wyrażam zgodę na wykonywanie połączeń głosowych przez TUZ TUW, za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego.;

TAK ☒ NIE ☐

## I declare, that:

1. All information included in this policy is true and was given to the best of my knowledge;
2. Before concluding the insurance contract, I was provided with the General Terms and Conditions of Insurance of the Costs of Treatment of Foreigners during stay in the Republic of Poland, approved by the Resolution of the Management Board of TUZ TUW No. U/80/2021 of July 7, 2021, which was the basis for concluding the insurance contract, and I have read them;
3. Before concluding the insurance contract, my needs and requirements were verified, and the concluded insurance contract complies with my needs and requirements;
4. Before concluding the insurance contract, I received a standardized document containing information about the insurance product (I am aware that this document is not part of the insurance contract and is informative) and an information form regarding the insurance contract and I have read them;
5. Before concluding the insurance contract, the insurance distributor informed me of the nature of the remuneration received in the event of the contract conclusion;
6. If the insurance contract is concluded for the benefit of a third party – I undertake to inform the Insured about the contract concluded on his/her behalf and I undertake to provide the Insured, in a manner agreed upon by us, information about the concluded insurance contract, the GTC and the procedure to be followed in the event of an insurance accident;
7. I consent to the processing of data of a specific category regarding my health, medical history, addictions in order to manage (perform) the concluded insurance contract and liquidate insurance claims by TUZ TUW;
8. If an insurance claim is filed, I consent to:
  - 1) The acquisition of any information about my health and access to medical records, within the extent specified by law, from medical facilities and doctors;
  - 2) The acquisition of any information on the names and addresses of service providers providing healthcare services in connection with accidents covered by the insurance contract from the National Health Fund; by TUZ TUW;
9. I hereby declare my will to join TUZ TUW
10. I consent to the processing of my personal data by TUZ TUW for the purposes of product marketing and TUZ TUW services, including for analytical, and profiling purposes, also upon the termination of the contract;
11. I consent to the disclosure of my personal data by TUZ TUW with regard to identification and contact details, to any entities cooperating with TUZ TUW, for marketing purposes, including for analytical and profiling purposes;
12. I consent to the transfer of commercial information by TUZ TUW via electronic means of communication to the indicated electronic addresses, e.g. phone number, e-mail address;
13. I consent to receive voice calls made by TUZ TUW via telecommunications terminal equipment and automatic calling systems for the purposes of direct marketing;

YES ☒ NO ☐

YES ☒ NO ☐

YES ☒ NO ☐

YES ☒ NO ☐

## Заявляю, что:

1. все сведения, содержащиеся в настоящем полисе, достоверны и предоставлены в соответствии с моими лучшими знаниями.
2. до заключения договора страхования мне были предоставлены Общие Условия Страхования расходов по лечению иностранцев во время пребывания на территории Республики Польша, утвержденные Решением Правления TUZ TUW No U/80/2021 от 7 июля 2021г., представляющие собой основу для заключения договора страхования, с которыми я ознакомился/-лась;
3. до заключения договора страхования мои нужды и требования были проверены, а заключенный договор страхования соответствует моим нуждам и требованиям;
4. до заключения договора страхования я получил унифицированный стандартный документ, содержащий информацию о страховом продукте (я осознаю, что данный документ не представляет собой части договора страхования и носит информационный характер), а также информационную форму, касающуюся договора страхования, с которыми я ознакомился/-лась;
5. до заключения договора страхования дистрибьютор страховых сообщил мне о характере вознаграждения, получаемого в случае заключения договора;
6. в случае заключения договора за чужой счёт – обязуюсь сообщить Застрахованному лицу о заключенном за его счёт договоре и обязуюсь предоставить Застрахованному лицу, согласованным нами способом, информацию о заключенном договоре страхования, содержании Общих Условий Страхования и порядке оформления дела в случае возникновения страхового случая;
7. выражаю согласие на обработку компанией TUZ TUW данных особой категории, касающихся моего состояния здоровья, истории болезней, вредных привычек для обслуживания (исполнения) заключенного договора страхования и ликвидации убытков;
8. в случае заявления возникновения убытка, выражаю согласие на получение компанией TUZ TUW от:
  - 1) медицинских организаций, врачей всякой информации о состоянии моего здоровья и доступа к медицинской документации, в пределах, определенных положениями закона;
  - 2) Национального Фонда Здоровья (NFZ) всякой информации о названиях и адресах организаций, оказывающих медицинскую помощь в связи с несчастным случаем, охваченным договором страхования;
9. Выражаю желание приступить к TUZ TUW
10. выражаю согласие на обработку компанией TUZ TUW моих персональных данных для целей маркетинга продуктов и услуг TUZ TUW, в том числе для аналитических целей, для профилирования, также после истечения договора;
11. выражаю согласие на предоставление компанией TUZ TUW моих персональных данных в пределах идентификационных и телеадресных данных, субъектам, сотрудничающим с TUZ TUW, с целью обработки для маркетинговых целей, в том числе для аналитических целей и профилирования;
12. выражаю согласие на передачу торговой информации компанией TUZ TUW, через средства электронной связи, на указанные электронные адреса, напр. номер телефона, адрес электронной почты;
13. выражаю согласие на осуществление голосовых соединений компанией TUZ TUW посредством телекоммуникационных конечных оборудования и автоматических систем вызова, для целей прямого маркетинга;

DA ☒ NIE ☐

DA ☒ NIE ☐

DA ☒ NIE ☐

DA ☒ NIE ☐

Infolinia i zgłoszenie szkód/Helpine/Телефон «горячей линии» и заявление о возникновении ущерба: **+48 22 327 60 60**

Centrum Alarmowe 24/h | Emergency Center 24/h | Центр неотложной помощи 24/h: **+48 22 327 60 60**

## ORYGINAŁ / ORIGINAL / ОРИГИНАЛ

Dokument generowany elektronicznie  
Nie wymaga pieczęci ani podpisu ubezpieczyciela.

Document generated electronically.  
No insurer's stamp or signature required.

Документ создан в электронной форме.  
Не требует ни штампа, ни печати страховщика.