



CENTRUM POMOCY BIEŁGOSSTRACH/  
АССИСТАНС БЕЛГОССТРАХ  
TEL. +375 17 395 48 90



**Polisa/ Полис КЕРВ nr 0179345**

KOMPLEKSOWE UBEZPIECZENIE CUDZOZIEMCÓW CZASOWO PRZEBYWAJĄCYCH NA TERYTORIUM REPUBLIKI BIAŁORUSI "ELITAR PARTNER"  
КОМПЛЕКСНОЕ СТРАХОВАНИЕ ИНОСТРАНЦЕВ ВРЕМЕННО ПРЕБЫВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ "ELITAR PARTNER"

Okres ubezpieczenia od Период страхования с	Okres ubezpieczenia do Период страхования по	Ilość dni Количество дней	Liczba osób Количество лиц	Data wystawienia Дата выписания	Miejsce wystawienia Место выписания
2017-09-09	2017-09-13	5	1	2017-09-08 7:59	5.133.13.104
Imię i nazwisko Ubezpieczającego Имя и фамилия Страхователя			Adres Ubezpieczającego Адрес Страхователя		Data urodzenia День рождения
Name			ul.		1984-04-17

Rodzaj ryzyka Вид риска	Wariant Вариант	Kod taryfy Код тарифа	Suma Ubezpieczenia Страховая сумма
SU	Elitar Partner Białoruś STANDARD	90	10 000 EUR

**Lista ubezpieczonych / Застрахованные лица**

L.p.	Imię i nazwisko Ubezpieczonego Имя и фамилия	Seria i numer paszportu Серия и номер паспорта	Adres Адрес	Data urodzenia День рождения	Zniżki скидки	suma ubezpieczenia страховая сумма
1	Name	Pasportnumber	ul.	1984-04-17		10 000 EUR
suma ubezpieczenia łącznie итого страховая сумма						10 000 EUR

**SKŁADKA /Страховой взнос: 16.00 PLN**

**Poniższe oświadczenia dotyczą Ogólnych warunków kompleksowego ubezpieczenia cudzoziemców czasowo przebywających na terytorium Republiki Białorusi Elitar Partner**

/ Нижеследующие заявления касаются Общих условий комплексного страхования иностранцев временно пребывающих на территории Республики Беларусь Элитар Партнер (Elitar Partner):

1. Potwierdzam otrzymanie i zapoznanie się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz ich zrozumienie i akceptację./ Подтверждаю, что получил(-а) и ознакомился(-лась) с общими условиями страхования перед заключением договора страхования, а также то, что я их понял(-а) и признаю их.
  2. Uposażam TU Europa S.A. do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o moim stanie zdrowia, a także o przyczynach śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa./ Уполномочиваю TU Europa S.A. получать от субъектов, реализующих медицинскую деятельность в понимании правил о медицинской деятельности, которые предоставляли мне медицинские услуги, информацию о состоянии моего здоровья, а также о причинах смерти (за исключением результатов генетических исследований), связанных с определением права на страховую компенсацию или размера этой компенсации в пределах, вытекающих из действующего законодательства.
- Dodatkowo wyrażam zgodę na poniższe/ Дополнительно выражаю согласие на следующее:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach promocyjnych i marketingowych przez Grupę Ubezpieczeniową Europa, w skład której wchodzi TU Europa S.A. i TU na Życie Europa S.A. Zostałem(am) poinformowany(a), że przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne./ Я выражаю согласие на обработку моих персональных данных для рекламных и маркетинговых целей страховой группой Grupa Ubezpieczeniowa Europa, которая состоит из компаний TU Europa S.A. и TU na Życie Europa S.A. Я проинформирован(-а) о том, что имею право на доступ к содержанию моих персональных данных и право исправлять их. Передача данных является добровольной.

TAK/ДА  NIE/НЕТ

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Grupy Ubezpieczeniowej Europa informacji handlowej drogą elektroniczną./ Я выражаю согласие на получение коммерческой информации по электронной почте от страховой группы Grupa Ubezpieczeniowa Europa.

TAK/ДА  NIE/НЕТ

3. Wyrażam zgodę na używanie przez Grupę Ubezpieczeniową Europa telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego./ Я выражаю согласие на использование телекоммуникационных оконечных устройств и автоматизированных систем обзвона страховой группой Grupa Ubezpieczeniowa Europa в целях прямого маркетинга.

TAK/ДА  NIE/НЕТ

DEPARTAMENT UBEZPIECZEŃ  
TURYSTYCZNYCH I GWARANCJI  
ZASTĘPCA DYREKTORA

2017-09-08 7:59, Wrocław  
data i miejsce/ дата и место

podpis i pieczęć wystawcy/подпись и печать  
Lidia Wiczcerek

DEPARTAMENT UBEZPIECZEŃ  
TURYSTYCZNYCH I GWARANCJI  
Towarzystwo Ubezpieczeń  
Europa S.A.

ul. Gwiaździsta 62  
53-413 Wrocław  
NIP 895-10-07-276

podpis Ubezpieczającego/ подпись Страхователя

Ubezpieczyciel informuje, że/Страховщик сообщает, что:

- 1) administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A./ администратором данных является компания Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.,
- 2) dane osobowe przetwarzane będą w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową i realizacją ubezpieczenia/ обработка персональных данных осуществляется в связи с обеспечением страховой защиты и осуществлением страхования,
- 3) przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania/ Вы имеете право на доступ к содержанию Ваших персональных данных и право исправлять их,
- 4) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A./ передача персональных данных является добровольной, но они необходимы для обеспечения страховой защиты компаний Towarzystwo Ubezpieczeń Europa.

Niniejszą polisę uznaje się za fakturę w rozumieniu: § 106a.-o. Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 710, z późn. zm.) oraz § 3 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 3 grudnia 2013 r. w sprawie wystawiania faktur (Dz. U. z 2013 r. poz. 1485). / Настоящий полис является счет-фактурой согласно § 106a.-o. Закона о налоге на товары и услуги от 11.03.2004 г. (В. З. с 2016 г., поз. 710) и § 3 п. 2) Распоряжения Министра Финансов от 3 декабря 2013 г. по вопросу счет- фактур (В. З. с 2013 г. поз. 1485).

**INFORMACJE DLA STRAŻY GRANICZNEJ/ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПОГРАНИЧНОЙ СЛУЖБЫ**

Niniejsze ubezpieczenie spełnia wymogi Dekretu Prezydenta Republiki Białorusi „O obowiązkowym ubezpieczeniu medycznym obywateli i osób nie posiadających obywatelstwa przebywających czasowo w Republice Białorusi” oraz porozumienia pomiędzy Białoruskim Republikańskim Unitarnym Towarzystwem Ubezpieczeń „BIEŁGOSSTRACH” i Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. / Настоящая страховка соответствует требованиям вытекающим из Указа Президента Республики Беларусь Об обязательном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства временно пребывающих в Республике Беларусь и соглашения между Белорусским республиканским унитарным страховым предприятием БЕЛГОССТРАХ и TU Europa S.A.

TU Europa S.A. życzy Państwu przyjemnej podróży

TU Europa S.A. wishes you a pleasant journey

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław; Kontakt tel. (71) 36 92 700, fax. (71) 36 92 707  
Zarejestrowane w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, KRS 0000002736,  
NIP: 895-10-07-276. Kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 37 800 000 zł.

Copyright 1995-2017 Voyager.com

Wydrukowano: 2017-09-08 19:59