**ID ZGŁOSZENIA**

## df9a49fa-3d72-4fae-a488-ebf3f30ca26e

**DATA ZGŁOSZENIA**

## 2023-06-30 10:55:49

CERTYFIKAT UBEZPIECZENIA

# Ubezpieczyciel

**PEŁNA NAZWA UBEZPIECZYCIELA**

## Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

## ul. Asekuracyjna 25

00-001

**NUMER POLISY I ASSISTANCE**

## AS158/2025

**NUMERY TELEFONÓW ALARMOWYCH**

CENTRUM ALARMOWE:

tel. + 48 xxx xxx xxx,

fax + 48 xxx xxx xxx,

SMS +48 xxx xxx xxx,

e-mail :

# Ubezpieczony

**IMIĘ I NAZWISKO**

## JAN POLITECHNIK

**PESEL**

## XXXXXXXXXXXXX

**JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA**

## Politechnika Gdańska

**ADRES ZAMIESZKANIA**

## UL. PIECEWSKA 20C/9 80-288 GDAŃSK

**TELEFON KONTAKTOWY**

XXX XXX XXXX

# Ubezpieczenie

**DATA WYJAZDU**

## 2024-08-11

**DATA POWROTU**

## 2024-08-21

**LICZBA DNI UBEZPIECZENIA**

## 11

**SKŁADKA**

## xx,00 zł

**MIEJSCE WYJAZDU I WARIANT/ZAKRES UBEZPIECZENIA**

## Świat - cały świat,

zakres z ryzykiem następstw chorób przewlekłych

Państwa pacjent jest ubezpieczony u nas w zakresie obowiązujących OWU. Aby rozpatrzenie roszczeń mogło nastąpić sprawnie, prosimy o przesłanie rachunku z następującymi danymi: imię, nazwisko i data urodzenia pacjenta, diagnoza, data leczenia, udzielone świadczenia oraz dokumentacji medycznej związanej z leczeniem.

Your patient is insured by our company under the current General Terms and Conditions. In order to enable us quick examination of claims, please send us the bill including: patient first name, surname and date of birth, the diagnosis, period of treatment, scope of medical service, medical documentation related to the treatment.