

## Zaświadczenie o przebiegu ubezpieczenia

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

zaświadcza, że  
ubezpieczający:

**KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY**

REGON

**92356930**

### 1. Polisy z tytułu posiadania ubezpieczenia medycznego

Numer polisy Policy No.	Zakres ubezpieczenia* Scope of insurance*	Okres od Period of insurance -from	Okres do Period of insurance - to
AA1068380	mienie	15.06.2013	14.06.2014
AA1062262	mienie	15.06.2014	14.06.2015
AA1062263	OC Obowiązkowe, OC dobrowolne	15.06.2014	14.06.2015
AA4008591	OC Obowiązkowe, OC dobrowolne	15.06.2015	14.06.2016
AA4008592	mienie	15.06.2015	14.06.2016

### 2. Szkody wypłacone lub w rezerwie z tytułu wyżej wymienionych umów ubezpieczenia: (Claims paid or reserved from the above mentioned policies:)

Numer polisy Policy No.	Zakres ubezpieczenia* Scope of insurance*	Data wystąpienia szkody Date of claim	Wartość wypłaconego odszkodowania Compensation paid	Liczba szkód, na które utworzono rezerwę No. of claims not paid, but reserved
AA1068380	mienie	04.08.2013	1 699,00 zł	-
AA1068380	mienie	14.09.2013	1 819,00 zł	-
AA1068380	mienie	16.05.2014	714,00 zł	-
AA1062262	mienie	05.08.2014	1 187,00 zł	-
AA4008591	OC dobrowolne	20.03.2016	18 505,00 zł	-

Uwagi: (Remarks:)

Zaświadczenie obejmuje dane zgodne z dokumentacją ubezpieczeniowo-szkodową na dzień: 28.03.2022

Pieczeń i podpis osoby wystawiającej zaświadczenie