

Warszawa, dnia 21 listopada 2024 r.



Numer polisy: 00000

Numer Certyfikatu Ub



Szanowna Pani

uprzejmie informujemy, że rozpatrzyliśmy wniosek o wypłatę świadczenia.

Przyznane świadczenia

Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego z powodu Choroby (trwający dłużej niż 1 dzień) w okresie od 2024-10-30 r. do 2024-11-03 r.

Świadczenie szpitalne – stawka dzienna:	100,00 zł
Liczba dni pobytu w szpitalu:	5
Kwota do wypłaty	500,00 zł

Świadczenie lekowe (po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego)

Kwota do wypłaty	200,00 zł
------------------	------------------

Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego z dnia 2024-10-31 r.:

Suma Ubezpieczenia:	5 000,00 zł
Procent sumy ubezpieczenia ustalony na podstawie Tabeli operacji chirurgicznych:	20%
Kwota do wypłaty	1 000,00 zł

Wypłatę zrealizujemy zgodnie z dyspozycją we wniosku.