Potwierdzenie Ubezpieczenia w **Colonnade Insurance S.A.** **Oddział w Polsce** (wypełnia osoba upoważniona do potwierdzenia ubezpieczenia)

1. Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej ………………………………………………………………………..
2. Data szkody ……………………………………………………………………………………………………………….
3. Numer polisy ……………………………………………………………………………………………………………..
4. Nazwa szkoły ……………………………………………………………………………………………………………..
5. Adres szkoły i nr telefonu …………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………… ………………………………………………………………………………………………

data wypełnienia podpis osoby upoważnionej i pieczątka placówki oświatowej