**POTWIERDZENIE UBEZPIECZENIA SZKOLNEGO**

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