

## 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 pieczęć placówki oświatowej