Potwierdzenie Ubezpieczenia w **Colonnade Insurance**  **S.A. Oddział w Polsce** (wypełnia Pracodawca)

1. Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej ………………………………………………………………………..
2. Numer polisy …………………………………………………………………………………………………………….
3. Data szkody ………………………………………………………………………………………………………………
4. Nazwa zakładu pracy oraz adres…………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Okres zatrudnienia od (DD-MM-RRRR) do (DD-MM-RRRR) ………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Stanowisko ……………………………………………………………………………………………………………….

…………………………. ……………………………………………………………………………………

data wypełnienia podpis osoby upoważnionej i pieczątka zakładu pracy