

WNIOSEK

**Zwrot kosztów dojazdu do lekarza/na rehabilitację poniesionych w związku
ze zdarzeniem NNW mojego dziecka**

I. Dane Ubezpieczonego (ucznia)

Imię i nazwisko

Adres

PESEL

II. Dane pojazdu

Marka.....nr rejestracyjny.....

pojemność silnika.....będący własnością.....

III. Trasa przejazdu

Data	Trasa przejazdu z - do	Ilość kilometrów

IV. Łączna ilość kilometrów.....

V. W załączniku kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu lub bilety
za faktyczne poniesione koszty dojazdu.