InterRisk S.A.

LISTA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UBEZPIECZENIA

STRONA:

UBEZPIECZAJĄCY / Nazwa Placówki Oświatowej:

Polisa numer:		Polisa numer:	
Okres ubezpieczenia:	01.09.2017 (od) / (do)		
Wybrany wariant:		Wybrany wariant:	
Składka roczna od osoby:		Składka roczna od osoby:	

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na otrzymanie OWU na trwałym nośniku danych oraz oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU EDU PLUS zatwierdzonymi uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24.04.2017 roku, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia

Lp.	Imię i Nazwisko (Osoby ubezpieczonej / Ucznia)	Pesel	Składka	adres mailowy	nr telefonu	Podpis (Rodzica lub Prawnego opiekuna)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						