

**LISTA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UBEZPIECZENIA**

 STRONA: 

 UBEZPIECZAJĄCY / Nazwa Placówki Oświatowej: 

 Polisa numer: 

 Polisa numer: 

 Okres ubezpieczenia: 

od

 do 

 Wybrany wariant: 

 Wybrany wariant: 

 Składka roczna od osoby: 

 Składka roczna od osoby: 

Niniejszym potwierdzam, że wyrażam zgodę na otrzymanie OWU na trwałym nośniku danych oraz zapoznanie się z zakresem ubezpieczenia oraz otrzymanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Dzieci, Młodzieży oraz Pracowników w Placówkach Oświatowych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na finansowanie składki ubezpieczeniowej.

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						