

**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						