

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpiezonego	Nazwisko Ubezpiezonego	Wysokość opłaty za ubezpieczenie	Oświadczam, iż otrzymałem i zapoznałem (am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU EDU Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016 roku, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub <u>uprawnionego z umowy ubezpieczenia</u> <u>podpis rodzica/ opiekuna prawnego</u>
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				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				