

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpieczonego	Nazwisko Ubezpieczonego	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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia <i>Podpis uprawnionego (rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ubezpieczonego)</i>
------	---------------------	-------------------------	----------------------------------	--

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				

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpieczonego	Nazwisko Ubezpieczonego	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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia <i>Podpis uprawnionego (rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ubezpieczonego)</i>
------	---------------------	-------------------------	----------------------------------	--

27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpieczonego	Nazwisko Ubezpieczonego	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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia <i>Podpis uprawnionego (rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ubezpieczonego)</i>
------	---------------------	-------------------------	----------------------------------	--

53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpieczonego	Nazwisko Ubezpieczonego	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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia <i>Podpis uprawnionego (rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ubezpieczonego)</i>
------	---------------------	-------------------------	----------------------------------	--

79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpieczonego	Nazwisko Ubezpieczonego	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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia <i>Podpis uprawnionego (rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ubezpieczonego)</i>
------	---------------------	-------------------------	----------------------------------	--

105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				
116				
117				
118				
119				
120				
121				
122				
123				
124				
125				
126				
127				
128				
129				
130				

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus

L.p.	Imię Ubezpieczonego	Nazwisko Ubezpieczonego	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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia <i>Podpis uprawnionego (rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ubezpieczonego)</i>
------	---------------------	-------------------------	----------------------------------	--

131				
132				
133				
134				
135				
136				
137				
138				
139				
140				
141				
142				
143				
144				
145				
146				
147				
148				
149				
150				