Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU Plus EDU-A/P…………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24.04.2017 roku, w tym informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy Ubezpieczenia.****Ponadto oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że:**1. administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
2. celem zbierania danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia,
3. mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem,
4. podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową

***podpis rodzica/ opiekuna prawnego*** |
| **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**