

Lista osób opłacających składkę ubezpieczeniową do ubezpieczenia EDU plus do polisy
EDU -A/P _____

Lp.	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 rodzica/ opiekuna prawnego</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

