Infolinia Compensy: +48 22 501 61 00

Lista osób ubezpieczonych do polisy **typ 184 nr**

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz wyrażeniem przeze mnie zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczenia otrzymałem/am Ogólne warunkami ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne III 184 zatwierdzonych przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 12/04/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 24 kwietnia 2018 r.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych" Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	PESEL Ubezpieczonego	Podpis osoby pełnoletniej (rodzica/opiekuna Ubezpieczonego) – akceptacja oświadczenia