

- oryginały rachunków, faktur dotyczące poniesionych kosztów,
- akt zgonu, kartę zgonu lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
- inne dokumenty _____

18. Proszę zaznaczyć formę odbioru świadczenia (- właściwe zaznaczyć „x”):

- przekazem pocztowym, jednocześnie wyrażam zgodę na potrącenie kosztów przesyłki,
 - przelewem,
- imię i nazwisko właściciela rachunku:

nr konta bankowego:

25 2525 2525 2525 2525 2525 2525

Oświadczenia:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych o stanie zdrowia.
2. Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
3. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Elbląg, 17.10.2013r.

Jan Kowalski

miejsowość, dnia

podpis Ubezpieczonego /Uprawnionego

II. Wypełnia Ubezpieczający – placówka oświatowa

WYPEŁNIA SZKOŁA!

PIECZĘĆ SZKOŁY

pieczęć Ubezpieczającego

Seria i numer polisy EDU-F000000

Okres ubezpieczenia 01.09.2013-31.08.2014

Suma ubezpieczenia 5000zł

Wariant ubezpieczenia Podstawowy

Imię i nazwisko Ubezpieczonego Jakub Kowalski

Data urodzenia 02.10.2006r.

Wysokość składki 25zł

Składkę opłacono dnia 01.09.2013r.

Niniejszych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Elbląg, 17.10.2013r.

miejsowość, data

Sekretariat

Magdalena Kot

pieczęć i podpis Ubezpieczającego