**Nazwa placówki oświatowej: …………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KLASA | Imięucznia | Nazwiskoucznia | PESEL / data ur.ucznia | Wysokość opłaty za ubezpieczenie | **Oświadczam, iż otrzymałem i zapoznałem (am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia** **- podpis rodzica/ opiekuna prawnego** |
|  |  |  |  |  |  |

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nazwa placówki oświatowej: …………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KLASA | Imięucznia | Nazwiskoucznia | PESEL /data ur. ucznia | Wysokość opłaty za ubezpieczenie | **Oświadczam, iż otrzymałem i zapoznałem (am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia** **- podpis rodzica/ opiekuna prawnego** |
|  |  |  |  |  |  |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nazwa placówki oświatowej: …………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KLASA | Imięucznia | Nazwiskoucznia | PESEL /data ur.ucznia | Wysokość opłaty za ubezpieczenie | **Oświadczam, iż otrzymałem i zapoznałem (am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia** **- podpis rodzica/ opiekuna prawnego** |
|  |  |  |  |  |  |