**Compensa Oświata**

**Oświadczenie Ubezpieczonego**/ Przedstawiciela Ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia do polisy typ 185 nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jako Ubezpieczony/ Przedstawiciel Ubezpieczonego, oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu ubezpieczenia Ubezpieczonego, którego reprezentuję;

2. przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia Compensa Oświata, zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Compensa) nr 2/04/2025 z dnia 03.04.2025 r., obowiązujące od 03 kwietnia 2025 r.;

3. Ubezpieczony/ Przedstawiciel Ubezpieczonego zapoznał się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, dotyczącego przetwarzania danych osobowych przez Compensę.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klasa:** | | | |
| **Lp.** | **Imię nazwisko ubezpieczonego dziecka / ucznia** | **Data urodzenia ubezpieczonego** | **Podpis rodzica / opiekuna prawnego ubezpieczonego** |
| 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 |  |  |  |