

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią :

1. Komunikatu Zarządu Głównego Polskiego Związku Motorowego I.dz. BST/M/Ż/S/K z dnia 20 grudnia 2018 r. dot. centralnego ubezpieczenia od NNW na rok 2019.
2. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków zatwierdzonymi przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 9/03/2018 z dnia 06-03-2018 r.
3. Warunków szczególnych ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą i transportu Załącznik nr 1 do polisy typ 1903.
4. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia COMPENSA VOYAGE (19031) zatwierdzonymi przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 27/2013 z dnia 24 kwietnia 2013 r. wraz z Aneksami: 1,2,3,4,5,6,7,8,9.
5. druku "Obowiązkiem Informacyjnym Administratora Danych Osobowych" Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

Imię	Nazwisko	Podpis

.....
data

*W przypadku zawodnika niepełnoletniego oświadczenie podpisuje rodzic/opiekun prawny