

**Lista do ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków dla uczniów
Szkoły Podstawowej z Oddziałami Gimnazjalnymi im. Bohaterów Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Stanisławowie Pierwszym**

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny wskazanego ucznia Szkoły Podstawowej z Oddziałami Gimnazjalnymi im. Bohaterów Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Stanisławowie Pierwszym wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków w ramach polisy Colonnade Insurance Societe Anonyme Oddział w Polsce, z okresem ochrony ubezpieczeniowej od 01.10.2017 r. do 30.09.2018 r.

Niniejszym potwierdzam zapoznanie się z zakresem ubezpieczenia oraz otrzymanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Dzieci, Młodzieży oraz Pracowników w Placówkach Oświatowych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na finansowanie składki ubezpieczeniowej.

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem ww. polisy ubezpieczenia jest Nord Partner Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu (87-100) przy ul. Fałata 94. Przetwarzanie odbywa się na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. („Rozporządzenie”). Celem przetwarzania jest przystąpienie do ww. ubezpieczenia i wykonywanie polisy ubezpieczenia. Podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do wykonywania wszystkich czynności i usług związanych z wykonywaniem polisy ubezpieczenia.

Przekazanie danych osobowych jest warunkiem przystąpienia do ww. ubezpieczenia i wykonywania polisy ubezpieczenia (odmowa przekazania danych uniemożliwi przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie polisy). Przyjmuję do wiadomości, że przekazanie obejmuje udostępnienie przez Nord Partner moich danych osobowych zakładom ubezpieczeń oraz działającym w ich imieniu podmiotom likwidującym szkody z umowy.

Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo żądania dostępu do jej danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji stwierdzenia, że Nord Partner narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

KLASA:.....				
L.p.	Imię Ucznia (proszę wypełnić drukowanymi)	Nazwisko Ucznia (proszę wypełnić drukowanymi)	PESEL Ucznia	Data i podpis Rodzica / Opiekuna prawnego zgłaszającego dziecko do ubezpieczenia NNW i akceptującego powyższe oświadczenia
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				