Искане
ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВОТО НА ПРЕНОСИМОСТ НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

БУЛСТРАД
VIENNA INSURANCE GROUP

Информация на Заявителя*

Име, презиме и фамилия:	ЕГН/ЛНЧ/дата на раждане**

Постоянен адрес:

Адрес за кореспонденция (ако е различен от постоянния адрес)

Електронен адрес: (ако желаете да получите отговор на електронния си адрес, предоставянето му е задължително)

Телефон за контакт:

ОПИСАНИЕ НА ИСКАНЕТО (Моля да предоставите информация относно данните, по отношение на които желаете да упражните правото си на преносимост):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Информация относно администратора на лични данни, с когото желая да споделя заявените данни***

Име/фирма	Адрес	
Пощенски код	Населено място	
Телефон за контакт:	Електронен адрес	Булстат/ЕИК/чуждестранен регистрационен номер

Бих искал/а да получа отговор на запитването си

☐ на адреса си за кореспонденция

☐ на електронния си адрес

Дата: .....

Подпис на Заявителя: .....

В срок от един месец от получаването на искането, ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ще Ви уведоми на посочения от Вас предпочитан адрес / електронен адрес за кореспонденция за действията, предприети във връзка с направеното запитване. В случай, че броят и сложността на направените от Вас искания изискват по-подробно проучване, срокът може да бъде удължен с още два месеца, като за това удължаване ще бъдете своевременно информирани.

*Информацията ще бъде използвана, за да бъдете надлежно идентифицирани, и за да се свържем с Вас.
ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ може да поиска предоставянето на допълнителна информация, необходима за потвърждаване на Вашата самоличност.
**Дата на раждане се попълва, в случай че заявителят няма ЕГН/ЛНЧ.
*** Следва да се попълни единствено в случай, че сте избрали да споделите личните си данни с друг администратор. Информацията ще бъде използвана единствено за осъществяване на контакт с администратора с цел изпълнение на искането за преносимост на личните данни.