

Искане

ЗА УПРАЖНЯВАНЕ НА ПРАВОТО НА ВЪЗРАЖЕНИЕ

Информация на Заявителя*

Име, презиме и фамилия:	ЕГН/ЛНЧ/дата на раждане**
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Постоянен адрес:	
<input type="text"/>	
Адрес за кореспонденция (ако е различен от постоянния адрес)	
<input type="text"/>	
Електронен адрес: (ако желаете да получите отговор на електронния си адрес, предоставяното му е задължително)	
<input type="text"/>	
Телефон за контакт:	
<input type="text"/>	

Бих искал да упражня правото си на възражение във връзка с:

- осъществяван директен маркетинг от страна на ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП"
- обработване на статистическа информация от ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП"
- друго (моля, уточнете в полето по-долу)

ОПИСАНИЕ НА ИСКАНЕТО (Моля да предоставите информацията относно личните данни, които бихте искали да не бъдат обработвани от ЗАД „БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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