

**ОБРАЗЕЦ НА ФОРМА ЗА ИСКАНЕ ОТ СУБЕКТ НА ДАННИТЕ**

Администратор: "ЗК България Иншурънс" АД

ДЛЗД: dpo@bulgariainsurance.bg

**Информация за субекта на данни:**

<b>Данни на физическото лице.</b>	
Три имена	
<b>Уникален идентификатор</b>	
ЕГН/ЛНЧ	
Номер на здравна карта	
Застрахователна полица	
<b>Данни за контакт</b>	
Държава	
Адрес	
Телефонен номер	
E-mail	
<b>Допълнителни данни за идентификация<sup>1</sup></b>	

Не всички полета са задължителни за попълване. Достатъчно е да се попълнят толкова, че да се гарантира еднозначното разпознаване на лицето.

**Представител на субекта на данни:**

Действате ли като представител от името на субекта на данни?	НЕ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>
Ако "Да", моля, посочете в качеството си на какъв (например родител, настойник, попечител, упълномощен представител)		
<b>Данни на представителя:</b>		
Три имена		
ЕГН		
<b>Данни за контакт</b>		
Държава		
Адрес		
Телефонен номер		
E-mail		

**Контакт с Администратора на лични данни:**Уебсайт:  
www.bulgariainsurance.bg

E-mail: dpo@bulgariainsurance.bg

Телефон: 0700 13 555

Администратор: “ЗК България Иншурънс” АД

ДЛЗД: dpo@bulgariainsurance.bg

**Допълнителни данни за идентификация на представителя:***Моля, приложете доказателства<sup>2</sup>, че сте законно упълномощени да получавате тази информация.*

Вид на искането:		Описание на искането и данни, за които се отнася
Искане за достъп	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за коригиране	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за изтриване (право да бъдеш забравен)	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за ограничаване на обработването	ДА <input type="checkbox"/>	
Възражение срещу обработване	ДА <input type="checkbox"/>	
Искане за пренос на данни	ДА <input type="checkbox"/>	
Друго	ДА <input type="checkbox"/>	

## 2. ДЕКЛАРАЦИЯ

Аз, долуподписаният ....., като декларирам, че посочените по-горе данни са верни, с настоящото заявявам пред “ЗК България Иншурънс” АД искането ми, посочено по-горе, относно описаните данни.

Дата:

Подпис:

Форма за искания , попълнен от (име на служител):

Аз, долуподписаният, ....., в качеството ми на представител, като декларирам, че посочените по-горе данни са верни, с настоящото заявявам пред “ЗК България Иншурънс” АД искането ми , посочено по-горе, относно описаните данни.

Запознат/а съм, че ще получа исканата информация в едномесечен срок от датата на подаване на заявлението на електронна поща, посочена по-горе, а при липса на такава – на адреса за кореспонденция.

Дата:

Подпис:

<sup>2</sup> Например, заверено пълномощно, удостоверение за назначаване на настойник/попечител и др.

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт:

www.bulgariainsurance.bg

E-mail: dpo@bulgariainsurance.bg

Телефон: 0700 13 555