

Администратор: "ЗК България Иншурънс" АД

ДЛЗД: dpo@bulgariainsurance.bg

## Информация за субекта на данни:

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

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

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"/>	

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

**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.

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:

Контакт с Администратора на лични данни:

Уебсайт:  
www.bulgariainsurance.bg

E-mail: dpo@ bulgariainsurance.bg

Телефон: 0700 13 555