



ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗТРИВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

на.....

(три имена)

ЕГН:,

адрес за кореспонденция:

.....

.....

телефон за връзка:, ел. поща:

На основание чл. 17 от Регламент (ЕС) 2016/679 – Общ регламент относно защита на данните и Закона за защита на личните данни, желая да упражня правото на изтриване на следните лични данни, обработвани от „Баренц застраховане“ ЕАД:

.....

.....

Запознат/а съм:

- В случай че искането ми е неоснователно, застрахователят може да откаже да предприеме действия във връзка с искането ми.
- В случай че липсва основание за изтриване на посочените лични данни, Застрахователят ще продължи да обработва същите
- Заявлението ми ще бъде разгледано в рамките на 30 календарни дни от датата на подаването му и ще бъде информиран/а за становището на Застрахователя на горепосочената ел. поща или ако не е посочена такава — на адреса за кореспонденция.

Дата:

Подпис на заявител/Упълномощено лице:.....

*В случай че настоящото заявление се попълва и подписва от трето лице – физическо лице, представител на лицето, за което се упражнява правото, е задължително прилагането на валидно нотариално заверено пълномощно.

Служителят приел заявлението и извършил идентификация на физическото лице или негов законно упълномощен представител:

Име:

Подпис:

Дата на получаване:

Агенция/Офис: