

Информация на заявителя*

Трите имена

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

Бих искал да упражня правото си на възражение във връзка с

- ☐ осъществяван директен маркетинг от страна на ЗЕАД „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ ЕАД
☐ обработване на статистическа информация от ЗЕАД „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ ЕАД
☐ друго (моля, уточнете в полето по-долу)

**Информацията ще бъде използвана, за да бъдете надлежно идентифицирани и за да се свържем с Вас. ЗЕАД „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ ЕАД 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.*

Описание на искането

Моля да предоставите информация относно личните данни, които бихте искали да не бъдат обработвани от „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ ЕАД.

Бих искал/а да получа отговор на искането си

- ☐ на адреса си за кореспонденция
☐ на електронния си адрес

Дата:

Подпис на заявителя:

В срок от един месец от получаването на искането, ЗЕАД „Булстрад Живот Виена Иншурънс Груп“ ЕАД ще Ви уведоми на посочения от Вас предпочитан адрес или 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 ще бъдете своевременно уведомени за това удължаване.