

## З А Я В Л Е Н И Е

### 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 „ДЗИ – Общо застраховане“ ЕАД/ „ДЗИ – Животозастраховане“ 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.*

---

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

Име: ..... Подпис: .....

Дата на получаване: ..... Агенция/ Офис: .....