



Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Pobřežní 665/21
186 00 Praha 8

Žádost o výmaz osobních údajů

Vážení,

v souladu s čl. 17 obecného nařízení o ochraně osobních údajů¹ uplatňuji své **právo na výmaz** osobních údajů, a to v následujícím rozsahu: *(Uveďte osobní údaje, které mají být předmětem výmazu.)*

Beru na vědomí, že pojišťovna může některé osobní údaje zpracovávat i nadále, a to zejména v případech, že tak činí na základě plnění právní povinnosti nebo pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků.

Povinné identifikační údaje:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Rodné číslo:

Datum narození (nebylo-li přiděleno rodné číslo):

IČO (povinné, jste-li fyzická osoba podnikající):

Číslo pojistné smlouvy (v případě, že jste / byl klient):

Kontaktní údaje (Uvedená adresa bude použita pouze pro účely vyřízení této žádosti. V případě nevyplnění adresy pro zaslání odpovědi použijeme adresu bydliště.):

Adresa pro zaslání odpovědi:

Kontaktní telefon:

Děkuji za vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

V dne
(uveďte místo a datum podpisu)

.....
(uveďte podpis)²

1 Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES
2 Subjekt údajů stvrzuje svým podpisem, že byl srozuměn s tím, že v případě podání žádosti prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele se za datum podání považuje až datum doručení papírové žádosti společnosti