

ODVOLANIE SÚHLASU S ELEKTRONICKOU KOMUNIKÁCIOU PRE FYZICKÉ OSOBY

| IDENTIFIKÁCIA DOTKNUTEJ OSOBY, KTORÁ SI ŽELÁ ODVOĽAŤ SÚHLAS | |
|---|-----------------|
| Titul, meno a priezvisko | |
| Adresa trvalého pobytu | |
| Rodné číslo | |
| E-mailová adresa | Telefónne číslo |

Týmto odvolávam svoj súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely elektronickej komunikácie, ktorý som udelil(a) spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO: 00 585 441, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B.

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk

| | | |
|---|--|---|
| V Bratislave | Dňa | |
| Podpis dotknutej osoby/meno, priezvisko (paličkovým písmom) a podpis zákonného zástupcu | Meno a priezvisko pracovníka prevádzkovateľa, ktorý overil totožnosť Dotknutej osoby (paličkovým písmom) | Podpis pracovníka prevádzkovateľa, ktorý overil totožnosť Dotknutej osoby |