

**Декларация за съгласие
за обработване на чувствителни /свързани със здравето/ лични
данни**

Долуподписаният,, ЕГН
....., притежаващ лична карта №, издадена на
..... от МВР – град,

с постоянен адрес:

град, ж.к./ул., №, бл.
....., вх., ет., ап., тел.

с настоящото декларирам, че чувствителните ми лични данни /свързани със здравето ми/
могат да бъдат обработвани от страна на ПОД „Алианц България“ АД само за целите и
дейностите, за които съм дал изричното си съгласие с поставянето на отметка на
съответното място □.

Съгласявам се за следното, отбелязвайки отметка в квадратчето □:

Съгласие да се събира, обработва и съхранява здравна информация,
отнасяща се до мен.

ПОД „Алианц България“ АД може да събира, обработва и съхранява моя здравна
информация за целите на администриране на конкретен пенсионен договор или договор
за разсрочено изплащане.

Уведомен съм, че мога да оттегля даденото съгласие по всяко време, което ще има за
последича, че ПОД „Алианц България“ АД няма да може повече да обработва тези
категории лични данни за посочените цели.

Уведомен съм, че мога да науча повече относно това как ПОД „Алианц България“ АД
защитава личните ми данни и правата във връзка с тях на следния линк
www.allianz.bg/gdpr Съобщение за поверителност и защита на личните данни.

Ако не поставите съответната отметка, ПОД „Алианц България“ АД ще бъде изправено
пред невъзможността да Ви предостави услугите по избория от Вас пенсионен договор
или договор за разсрочено изплащане.

Дата г.

Декларатор:

Град

.....
()

Приел: