

Celem niniejszego formularza jest umożliwienie korzystania z praw określonych w Ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych (RODO). Aby móc udzielić odpowiedzi na Państwa zapytania bez zbędnej zwłoki, zweryfikujemy Państwa tożsamość oraz poprosimy o określenie rodzaju Państwa wniosku. Wypełniony formularz wraz z kopią/ skanem niezbędnych dokumentów należy wysłać na adres mailowy [serwisklienta@societegenerale-insurance.pl](mailto:serwisklienta@societegenerale-insurance.pl) lub na adres siedziby administratora Sogecap S.A. Oddział w Polsce/ Sogessur S.A. Oddział w Polsce, ul. Plac Solny 16, 50-062 Wrocław.

**Nazwisko**

**Nazwisko panieńskie**

**Imiona**

**Data urodzenia**

Aby skontaktować się z Państwem w celu wyjaśnienia Państwa wniosku, będziemy potrzebować Państwa numer telefonu oraz adres e-mail

**Numer telefonu**

**Adres e-mail**

**1/ W celu zarządzania Państwa wnioskiem bez zbędnej zwłoki oraz zgodnie z wymaganiami RODO, prosimy o przekazanie nam kopii/ skanu ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, zezwolenie na pobyt).**

Jeżeli osoba, której dane dotyczą, znajduje się pod opieką, pod opieką kuratora lub poprosiła o upoważnienie do korzystania ze swoich praw, prosimy o przekazanie nam ważnego dokumentu tożsamości opiekuna, kuratora lub przedstawiciela oraz kopię upoważnienia.

Jeśli osoba, której dotyczą dane, jest niepełnoletnia, prosimy o przekazanie ważnego dokumentu tożsamości co najmniej jednego z rodziców.

**2/ Prosimy o wybranie wniosku (poprzez postawienie krzyżyka):**

**Prawo dostępu do danych:** Chciałbym/chciałabym zapoznać się z moimi danymi osobowymi

Prosimy o wprowadzenie poniżej numeru polisy.



**Prawo do sprostowania danych:** Chciałbym/chciałabym zmodyfikować moje dane osobowe.

Prosimy o wprowadzenie poniżej numeru polisy.

Prosimy o wprowadzenie poniżej skorygowanych danych osobowych.



**Prawo do usunięcia danych:** Chciałbym/chciałabym usunąć moje dane osobowe.

Prosimy o wprowadzenie poniżej numeru polisy.



**Prawo do przenoszenia danych:** Chciałbym/chciałabym otrzymać moje dane w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.

Prosimy o wprowadzenie poniżej numeru polisy.

Jeśli chcą Państwo przesłać swoje dane osobowe do innego administratora danych osobowych, prosimy o wprowadzenie jego danych kontaktowych w tym miejscu.

## Formularz wniosku dotyczącego praw osób, których dane dotyczą

**Prawo do ograniczenia przetwarzania danych:** Chciałbym/chciałabym ograniczyć przetwarzanie moich danych osobowych

Prosimy o wprowadzenie poniżej numeru polisy.

Prosimy o wprowadzenie poniżej swojego żądania.

**Prawo do sprzeciwu:** Chciałbym/chciałabym wnieść sprzeciw wobec przetwarzania moich danych

Prosimy o wprowadzenie poniżej numeru polisy.

Prosimy o wprowadzenie poniżej swojego żądania.

3/ **Czy decydują się Państwo na otrzymanie odpowiedzi na swój wniosek w postaci listu poleconego (z wyjątkiem Prawa do przenoszenia) czy pocztą elektroniczną?**

Chciałbym/chciałabym otrzymać odpowiedź w postaci listu poleconego

Chciałbym/chciałabym otrzymać odpowiedź pocztą elektroniczną

4/

**W przypadku wybrania formy listu poleconego:** Prosimy o podanie adresu korespondencyjnego, na który ma zostać wysłana odpowiedź. Prosimy o upewnienie się, że wpisali Państwo pełny adres korespondencyjny w polu poniżej.

\_\_\_\_\_  
**Data i podpis**