

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ДАННИ ЗА КОМИСИОННИ

Долуподписаният/та

Лични данни на лицето

Име, презиме, фамилия _____

ЕГН/ ЛНЧ _____ Л.К./ Паспорт № _____

Дата на издаване _____ от МВР _____

Адрес по лична карта

Град/ село _____ Община _____ Област _____

Пощенски код _____ ж.к., ул. №, вх., ет., ап. _____

Адрес за кореспонденция (ако е различен от адреса по лична карта)

Град/ село _____ Община _____ Област _____

Пощенски код _____ ж.к., ул. №, вх., ет., ап. _____

Телефони и имейл

Мобилен _____ Домашен _____ Служебен _____

Имейл _____

Онлайн достъп до осигурителна партида

Моля отбележете с X дали желаете онлайн достъп до осигурителната си партида. да не вече имам достъп

В качеството ми на

Осигурителен посредник (име и фамилия) _____ Сл. № _____

Моля да ми бъде предоставена информация за:

Комисионни и заработка за период _____ Осигурителни посредници в моята структура

Други _____

Желая информацията да ми бъде предоставена

На място в офис на дружеството По имейл, посочен в настоящото заявление

Писмо до РМ/ МАМ _____

Съгласен съм настоящото заявление да послужи като основание за промяна на моите лични данни, регистрирани и администрирани в базата данни на „ПОК ОББ“ ЕАД („Дружеството“). Съгласен съм предоставените от мен данни да бъдат използвани от „ПОК ОББ“ ЕАД и други компании на KBC Group с цел техни упълномощени представители да установят контакт с мен, така че да ми бъде предоставена допълнителна информация за предлаганите от тях продукти. Известно ми е, че мога да оттегля това си съгласие чрез подаване на „Декларация за оттегляне на съгласие за предоставяне на лични данни за целите на директния маркетинг“.

Дата _____ Осигурителен посредник _____

Подпис