



VZAJEMNA
zdravstvena zavarovalnica

ZAHTEVA ZA SEZNANITEV Z LASTNIMI OSEBNIMI PODATKI

1. Identifikacijski in kontaktni podatki

Z zvezdico(*) označeni podatki so obvezni. Potrebujemo jih, da bomo vas in vaše podatke v naših zbirkah lahko poiskali. Ostali podatki niso obvezni, nam pa olajšajo komunikacijo z vami.

IME IN PRIIMEK*: _____

NASLOV*: _____

DAVČNA ŠTEVILKA*: _____

ELEKTRONSKI NASLOV: _____

MOBILNA TELEFONSKA ŠTEVILKA: _____

2. Zahteva za seznanitev

Prosimo vas, da v spodnjem seznamu označite tiste informacije, ki jih resnično želite.

ŽELIM, DA MI POSREDUJETE:

- informacije o **namenih obdelave** mojih osebnih podatkov;
- informacije o **vrstah** osebnih podatkov, ki se obdelujejo;
- informacije o **uporabnikih** ali kategorijah uporabnikov, ki so jim bili ali jim bodo razkriti moji osebni podatki;
- informacijo o predvidenem **obdobju hrambe** osebnih podatkov oziroma merilih za njegovo določitev;
- informacijo v zvezi z **virom** osebnih podatkov, če niso bili zbrani od mene;
- informacije o obstoju **avtomatiziranega sprejemanja odločitev**, vključno z oblikovanjem profilov, razloge zanj ter pomenu in predvidenih posledicah take obdelave za mene;
- izpis/kopijo** mojih osebnih podatkov, ki so vsebovani v vaših zbirkah in se nanašajo name (spodaj označite vrsto):
 - Osnovne, identifikacijske podatke
 - Podatke o mojih zavarovanjih
 - Posebne vrste osebnih podatkov (podatki o zavarovalnih primerih)

ŽELIM, DA MI INFORMACIJE ZAGOTOVITE V NASLEDNJI OBLIKI:

- v fizični obliki
- v elektronski obliki

DATUM: _____

PODPIS: _____