

**CERERE DE REZILIERE
A PACHETULUI DE ASIGURARE CREDIT PRUDENT**

Seria si numarul pachetului de asigurare CREDIT PRUDENT

Subsemnatul(a),

Nume Contractant*

Prenume Contractant

CNP

Telefon Contractant

E-mail

Solicit prin prezenta, rezilierea poliței mai sus menționate, deoarece _____

Sunt de acord ca rezilierea să se efectueze începând cu data primei scadențe de primă de asigurare neachitate.

Semnătura Contractant

Data

Solicitantul _____ declar că am luat cunoștință despre drepturile prevăzute de Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date (dreptul de informare, dreptul de acces la date, dreptul de intervenție asupra datelor, dreptul de opoziție, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale, dreptul de a mă adresa justiției). Sunt de acord ca datele cu caracter personal să fie colectate și procesate de către Asigurator (inclusiv prin intermediul societăților afiliate din străinătate sau al unor terțe părți utilizate de către asigurator pentru externalizarea anumitor servicii de asigurari) fără limitare de termen, în scopul prestării de servicii de asigurare, scopuri statistice sau în scopul promovării unor noi produse și servicii de asigurare. Înțeleg că Asiguratorul este îndreptățită să transmită datele personale către entitățile publice și/sau private al căror scop îl constituie administrarea informațiilor privind portofoliul de clienți al asiguratorilor în vederea identificării și cuantificării riscului de asigurare și diminuării riscului de fraudă, cât și să le dezvăluie dacă acest lucru este cerut de lege, o instanță judecătorească sau altă autoritate competentă, cât și să transmită extern aceste informații către Organismele abilitate să primească aceste informații.

Înțeleg că Asiguratorul va putea folosi informațiile cuprinse în prezenta cerere în scopuri de marketing, pentru promovarea unor produse sau servicii ale grupului din care Asiguratorul face parte, cu excepția cazului în care imi manifest expres voința prin bifarea unei căsuțe corespunzătoare de mai jos:

Nu doresc să primesc informații referitoare la produse și servicii oferite de Asigurator sau de companiile afiliate Asiguratorului

* Acest formular va fi completat de către Detinatorul Politei de Asigurare.