

# ŽÁDOST

## PRÁVO NA VÝMAZ



### ŽÁDOST JE URČENA SPOLEČNOSTI:

**ALLIANZ POJIŠŤOVNA, A. S.**

Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 47 11 59 71, obchodní rejstřík u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 1815

**ALLIANZ KONTAKT, S. R. O.**

Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 27 25 57 19, obchodní rejstřík u Městského soudu v Praze, oddíl C, vložka 108028

**ALLIANZ PENZIJNÍ SPOLEČNOST, A. S.**

Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO 25 61 26 03, obchodní rejstřík u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 4972,

### ŽADATEL

Smlouva číslo

E-mail

Jméno

Telefon

Příjmení

Kontaktní adresa

### POŽADAVEK

Tímto Vás žádám o výmaz mých osobních údajů, které Vaše společnost zpracovává.

Jedná se o tyto osobní údaje (uveďte):

Důvod pro podání žádosti (uveďte):

### Je nezbytné, aby tato žádost (zvolte jednu variantu):

- byla doplněna o kopii průkazu totožnosti obsahující i fotografii (např. pas a občanský průkaz, příp. řidičský průkaz), nebo
- byla podána prostřednictvím aplikace Moje Allianz (je-li toto možné s ohledem na způsob Vašeho ověření a vztah, který s námi máte), nebo
- byla podána na obchodním místě společnosti, pokud zároveň předložím průkaz totožnosti obsahující i fotografii (např. pas a občanský průkaz, příp. řidičský průkaz), nebo

- byla opatřena podpisem, který bude na žádosti úředně ověřen, nebo
- byla podána prostřednictvím datové schránky žadatele.

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis žadatele