

FORMULÁŘ PRO VYJÁDŘENÍ SOUHLASU SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Vaše osobní údaje

My, společnost Lloyd's Insurance Company S.A. (dále jen „Lloyd's Europe“) a další účastníci pojistného trhu jednající jménem společnosti Lloyd's Europe, vás žádáme o udělení souhlasu s používáním zvláštních kategorií vašich osobních údajů, které jsou uvedeny níže, v souvislosti s pojistným krytím, včetně řízení pojistných nároků.

Pokud byste chtěli vědět, jak vaše informace používáme, nebo máte zájem o kopii plného znění našich zásad ochrany osobních údajů, kontaktujte nás na adrese LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com nebo přejděte na zásady ochrany osobních údajů na webových stránkách <https://www.lloydseurope.com>, kde jsou uvedeny kompletní informace.

Udělujete souhlas s použitím údajů a informací o vašem zdravotním stavu nebo genetických údajů v souvislosti s vaším pojistným krytím, včetně řízení pojistných nároků?

Ano___ / Ne___

Podpis _____

Datum _____

Jméno a příjmení _____

Číslo pojistné smlouvy (uvede tzv. držitel krytí nebo řídící agent) _____

LBS0047B
17/03/2023