ალდაგი

საპრეტენზიო განაცხადი

ინფორმაცია პრეტენზიის განმცხადებლის შესახებ

გვარი, სახელი/ დასახელება		მისამართი*	
პირადი ნომერი/ საიდენტიფიკაციო კოდი		ტელ. ნომერი	
სადაზღვევო პოლისის ნომერი		ელ. ფოსტა	

*მისამართი რომელზეც გსურთ პრეტენზიის განხილვს შედეგები

გთხოვთ, ჩამოაყალიბოთ თქვენი მოთხოვნა

სადაზღვევო კომპანია ალდაგის გენერალურ დირექტორს,
ბ-ნ გიორგი ბარათაშვილს

ჩავიბარე
(სახელი, გვარი, ხელმოწერა)

თარიღი

როგორ გსურთ მიიღოთ თქვენი პრეტენზიის განხილვის შედეგები?

☐ ელექტორნულ ფოსტაზე ☐ მისამართზე* ☐ ალდაგის ოფისში

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით მე, როგორც პერსონალურ მონაცემთა სუბიექტი, ნებაყოფლობით ვანიჭებ უფლებას მზღვეველს (სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგს“ (საიდენტიფიკაციო ნომერი: 404476189; იურიდიული მისამართი: ქ. თბილისი, დავით აღმაშენებლის ხეივანი №66ა) გარდა წინამდებარე განაცხადში მითითებული მიზნისა - პრეტენზიის განხილვისა, სადაზღვევო მომსახურების შეთავაზების მიზნით დაამუშავოს წინამდებარე განაცხადში მითითებული პერსონალური მონაცემები, კერძოდ, სახელი, გვარი, მისამართი, ელექტრონული ფოსტის მისამართი, ტელეფონის ნომერი.

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ინფორმირებული ვარ ჩემი, როგორც მონაცემთა სუბიექტის, კანონმდებლობით - „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონით მონიჭებული უფლებების, კერძოდ, მონაცემთა დამმუშავებლისგან ჩემი მონაცემების დამუშავების თაობაზე ინფორმაციის მიღების, მონაცემთა გასწორების, განახლების, დამატების, დაბლოკვის, წაშლის და განადგურების თაობაზე.

დაზღვეულის / დაკავშირებული პირის / უფლებამოსილი წარმომადგენლის **ხელმოწერა**

წარმომადგენლობის საფუძველი

თარიღი

საპრეტენზიო განაცხადი განიხილება და პასუხი მოგეწოდებათ აღნიშნულ პრეტენზიის მიღებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში

გმადლობთ, რომ სარგებლობთ ჩვენი მომსახურეობით - სს “სადაზღვევო კომპანია ალდაგი”