

## ინფორმაცია პრეტენზიის განმცხადებლის შესახებ

გვარი, სახელი/დასახელება

პირადი ნომერი/საიდენტიფიკაციო კოდი

სადაზღვევო პოლისის ნომერი

მისამართი\*

ტელ. ნომერი

ელ. ფოსტა

\*მისამართი რომელზეც გსურთ პრეტენზიის განხილვას შედეგად

## ბთვისთ, ჩამოაყალიბოთ თქვენი მოთხოვნა

სადაზღვევო კომპანია ალდაგის გენერალურ დირექტორს,  
ბ-5 გიორგი ბარათაშვილს

ჩავიბარე (სახელი, გვარი, ხელმოწერა)

თარიღი

როგორ გსურთ მიიღოთ თქვენი პრეტენზიის განხილვის შედეგები?

ელექტრონულ ფოსტაზე

მისამართზე\*

ალდაგის ოფისში

წინამდებარე განაცხადზე ხელმოწერით მე, როგორც პერსონალურ მონაცემთა სუბიექტი, ნებაყოფლობით ვანიჭებ უფლებას მზღვეველს (სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი“ (საიდენტიფიკაციო ნომერი: 404476189; იურიდიული მისამართი: ქ. თბილისი, დავით აღმაშენებლის ხეივანი N66A) გარდა წინამდებარე განაცხადში მითითებული მიზნისა - პრეტენზიის განხილვისა, სადაზღვევო მომსახურების შეთავაზების მიზნით დამუშავოს წინამდებარე განაცხადში მითითებული პერსონალური მონაცემები, კერძოდ, სახელი, გვარი, მისამართი, ელექტრონული ფოსტის მისამართი, ტელეფონის ნომერი.

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

დაზღვეულის / დაკავშირებული პირის /  
უფლებამოსილი წარმომადგენლის  
ხელმოწერა

წარმომადგენლობის  
საფუძველი  
თარიღი