



ИЗЯВЛЕНИЕ ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ НА СЛУЖИТЕЛ

Долуподписаната/-ният

Име:

Презиме:

Фамилия:

Дата на раждане:

Служител на:

1. Съм съгласна/-ен “Маринс Интернешънъл” АД, адрес: ул. “Граф Игнатиев” №40, Варна, 9000 да обработва предоставените от мен данни и документи с медицински лични данни, включително и генетични, доколкото касаят здравния ми статус.

2. Запознат съм, че данните ми ще бъдат предоставяни на съответния застраховател, с който моят работодател поддържа здравна застраховка, застраховка “живот” и/или застраховка “злополука” на своите служители, за целите на сключването на договор за застраховка и за упражняването на правата ми по тези застраховки.

3. Запознат съм с Политиката за поверителност на “Маринс Интернешънъл” АД, публикувана на интернет страницата www.marins.bg и с правата ми във връзка със защитата на личните данни и начинът на упражняването им.

.....

Населено място, дата

.....

подпис