

**TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL
DEMANDE D'EXERCICE DES DROITS**

Nom : Prénom :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Si nous souhaitons vous contacter afin de mieux comprendre votre demande, nous aurions besoin de votre numéro de téléphone et votre courriel :

Téléphone : Courriel :

Veuillez joindre une copie d'une pièce d'identité en cours de validité.

Si la personne concernée est sous tutelle ou curatelle ou a demandé un mandat pour l'exercice de ses droits, veuillez joindre une copie de la pièce d'identité du tuteur, curateur ou mandataire ainsi que le mandat.

Si la personne concernée est un mineur, veuillez joindre une copie de la pièce d'identité d'au moins l'un des parents.

Numéro(s) de contrat(s) :

NATURE DE VOTRE DEMANDE

- Droit d'accès** : Je souhaiterais que l'on me communique les données me concernant.
- Droit à la rectification** : Je souhaiterais modifier mes données personnelles.
Si vous souhaitez modifier vos données personnelles, veuillez contacter :
SOGELIFE Service Gestion 11, Avenue Emile Reuter L-2420 LUXEMBOURG
- Droit à l'effacement** : J'aimerais que vous supprimiez mes données personnelles.
D'après l'article 17 du Règlement Général à la Protection des Données, la suppression des données à caractère personnel des contrats en vigueur et nécessaires à la finalité du traitement ne peut être réalisée.
- Droit à la portabilité** : Je souhaiterais que vous me restituiez mes données personnelles.
Dans le cas où vous souhaitez envoyer vos données à un établissement tiers, veuillez nous indiquer les coordonnées :

- Droit à l'opposition** : Je m'oppose à ce que mes données personnelles soient traitées à des fins de prospection commerciales.

MODALITÉS DE RÉPONSE

- Lettre avec Accusé de Réception** (excepté pour le droit à la portabilité)
Adresse postale :

- Courrier électronique** (Merci d'indiquer un numéro de téléphone mobile pour la communication de votre code d'accès)

Fait à, le | | | | | | | | | |

SIGNATURE