

## Auskunftsbegehren

### Demande de renseignement

**Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob Personendaten über Sie bearbeitet werden und auf die Informationen nach Art. 25 DSGVO.**

Füllen Sie dazu bitte dieses Kontaktformular aus und senden Sie es unterschrieben mit einer Kopie (Vor- und Rückseite) Ihres Ausweises per E-Mail an [info@inkassomed.ch](mailto:info@inkassomed.ch) oder per Post an Inkasso Med AG, Credit Check, Eschenstrasse 12, 8603 Schwerzenbach.

Eine Kopie Ihres Ausweise ist zwingend nötig. Die Anfrage ist kostenlos und wird innerhalb von 30 Tagen beantwortet. Bitte beachten Sie, dass Sie unsere Antwort aufgrund von datenschutztechnischen Bestimmungen verschlüsselt (secure) erhalten werden. Sollten Sie in den nächsten Wochen keine E-Mail erhalten, so überprüfen Sie bitte ihren Spam-Ordner.

**Vous avez le droit de demander si des données personnelles vous concernant sont traitées et d'obtenir les informations prévues à l'article 25 de la LPD.**

Pour cela, veuillez remplir ce formulaire de contact et le renvoyer signé avec une copie (recto et verso) de votre pièce d'identité par e-mail à [info@inkassomed.ch](mailto:info@inkassomed.ch) ou par courrier à Inkasso Med AG, Credit Check, Eschenstrasse 12, 8603 Schwerzenbach.

Une copie de votre carte d'identité est obligatoire. La demande est gratuite et la réponse sera donnée dans les 30 jours. Veuillez noter qu'en raison des dispositions relatives à la protection des données, vous recevrez notre réponse sous forme cryptée (secure). Si vous ne recevez pas d'e-mail au cours des prochaines semaines, veuillez vérifier votre dossier de spam.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Vorname</b><br>Prénom                    |  | <b>Nachname</b><br>Nom de famille      |  |
| <b>Geburtsdatum</b><br>Date de naissance    |  |  |  |
| <b>Strasse / Nr.</b><br>Rue / N°            |  | <b>PLZ / Ort</b><br>Code postal / Lieu |  |
| <b>E-Mail</b><br>Courrier électronique      |  |  |  |
| <b>Telefonnummer</b><br>Numéro de téléphone |  |  |  |

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum / lieu et date)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift / signature)