

Formulário de designação do agente autorizado

Instruções: Se você residir na Califórnia ou no Espaço Econômico Europeu (EEA) e deseja designar um agente autorizado para enviar uma solicitação em seu nome relacionada às suas informações pessoais, preencha este formulário na íntegra. Envie-nos uma cópia assinada deste formulário no endereço apropriado abaixo. Observe que, se a Belkin não conseguir verificar a identidade da pessoa que estiver enviando este formulário (“Solicitante”), poderemos solicitar informações ou documentos adicionais para verificar a identidade do Solicitante. Para mais informações, consulte nossa Política de Privacidade em no endereço <https://www.belkin.com/us/privacypolicy/>.

Para envio por correio, use o seguinte endereço:

Belkin International, Inc.
12045 East Waterfront Drive
Playa Vista, California 90094

Para envio por e-mail, use o seguinte endereço:

privacy@belkin.com

1. Informações do solicitante

Nome completo
Endereço para correspondência
Endereço de e-mail
Telefone

2. Informações do agente autorizado

Nome completo do agente autorizado
Endereço de e-mail do agente autorizado
Telefone

3. Autorização

Venho por meio desta, na condição de solicitante, designar o agente autorizado listado acima com o único objetivo de enviar as seguintes solicitações em meu nome (assinale todas as opções que se aplicam):

- Pedido para excluir minhas informações pessoais; e/ou
- Pedido para acessar minhas informações pessoais.

Ao assinar o documento abaixo e enviar este Formulário de Designação de Agente Autorizado, atesto o seguinte:

- Sou residente da Califórnia ou do EEE.
- Sou o solicitante cujo nome aparece acima e as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras e exatas.
- O Agente Autorizado é uma pessoa física ou uma empresa registrada no órgão competente do Estado para realizar negócios na Califórnia.
- Entendo que posso ser contatado diretamente para verificar minha identidade e confirmar a designação do meu Agente Autorizado.
- Concedo ao Agente Autorizado permissão para enviar as solicitações indicadas acima à Belkin em meu nome.
- Autorizo a Belkin a processar tais solicitações e entendo que quaisquer respostas geradas em relação a uma solicitação de acesso às minhas informações pessoais não serão enviadas ao meu Agente Autorizado, mas serão enviadas diretamente a mim no endereço fornecido acima.
- O presente formulário será válido por 90 dias após a data de assinatura.
- Concordo em indenizar a Belkin por toda e qualquer ação judicial que possa surgir contra a Belkin em relação à sua confiança neste formulário de Designação de Agente Autorizado.

Assinatura do solicitante

Data atual

Clique aqui para inserir uma data.