

**ΦΟΡΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ- ΑΝΑΚΛΗΣΗ  
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

**Α.** Σύμφωνα με τον «Γενικό Κανονισμό για την Προστασία των Δεδομένων» της Ευρωπαϊκής Ένωσης («ΓΚΠΔ» / «GDPR»), ως υποκείμενο δεδομένων έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε ποια από τα προσωπικά σας δεδομένα τηρούμε και επεξεργαζόμαστε καθώς και το δικαίωμα να ζητήσετε διόρθωση των δεδομένων σας. Υπό τις προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος, έχετε επίσης το δικαίωμα να ζητήσετε διαγραφή, περιορισμό της επεξεργασίας και να εναντιωθείτε σε αυτοματοποιημένη επεξεργασία. Επιπλέον στην περίπτωση εκείνη που μας έχετε παράσχει την συγκατάθεσή σας προκειμένου να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα, έχετε δικαίωμα να την ανακαλέσετε ελεύθερα και αναιτιολόγητα ανά πάσα στιγμή σημειώνοντας το σχετικό πεδίο κατωτέρω υπό Δ που αναφέρεται στην ανάκληση της συγκατάθεσης.

Μπορείτε να ασκήσετε αυτά τα δικαιώματα με γραπτό αίτημα σε οποιαδήποτε μορφή. Ωστόσο, προκειμένου να σας διευκολύνουμε στην υποβολή ενός πλήρους αιτήματος, το οποίο θα μας επιτρέψει να απαντήσουμε εγκαίρως, σας συμβουλεύουμε να χρησιμοποιήσετε αυτή τη φόρμα. Η απάντησή μας θα απευθύνεται σε εσάς ή στο τρίτο μέρος που ενδεχομένως εξουσιοδοτήσετε προκειμένου να ενεργεί για λογαριασμό σας. Θα χρειαστεί να μας παρέχετε απόδειξη της ταυτότητάς σας. Θα επεξεργαστούμε το αίτημά σας εντός 30 ημερολογιακών ημερών από την παραλαβή της πλήρως συμπληρωμένης φόρμας και της απόδειξης της ταυτότητάς σας.

Προκειμένου να διεκπεραιώσουμε το αίτημά σας θα σας ζητήσουμε απόδειξη της ταυτότητάς σας και επιπλέον πληροφορίες προκειμένου να εντοπίσουμε τα προσωπικά δεδομένα για τα οποία επιθυμείτε να λάβετε γνώση. Παρακαλείστε να συμπληρώσετε τη φόρμα αυτή και να την επιστρέψετε σε εμάς, ή εναλλακτικά επικοινωνήστε μαζί μας γραπτώς (μέσω αλληλογραφίας ή email) ή τηλεφωνικώς για να ασκήσετε το δικαίωμά σας να ζητήσετε τις πληροφορίες, οι οποίες περιγράφονται στη φόρμα αυτή, μαζί με την απόδειξη της ταυτότητάς σας στην Ομάδα Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων:

**Διεύθυνση αλληλογραφίας: INCHCAPE INSURANCE ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ("INCHCAPE INSURANCE"), οδός Άνδρου 8, 15354 Γλυκά Νερά Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: [mail@inchcapeinsurance.gr](mailto:mail@inchcapeinsurance.gr)  
Τηλέφωνα Επικοινωνίας: 210-2808600.**

Θα επιβεβαιώσουμε την ασφαλή παραλαβή της αίτησής και θα σας απαντήσουμε μέσα σε διάστημα ενός μήνα από την αίτησή σας, εφόσον είναι εφικτό.

**Εξαιρετικά, σε περίπτωση που με την αίτησή σας ζητάτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεση που μας έχετε χορηγήσει θα σας αποστείλουμε ένα e-mail με το οποίο θα επιβεβαιώνουμε την λήψη του αιτήματος σας και η υλοποίηση αυτού θα λαμβάνει χώρα άμεσα, σε κάθε δε περίπτωση το αργότερο εντός 14 ημερολογιακών ημερών από τη λήψη του.**

**Σημείωση:** Πληροφορίες και αντίγραφα των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υπόκεινται σε επεξεργασία παρέχονται δωρεάν. Εάν το υποκείμενο των δεδομένων ζητήσει επιπλέον αντίγραφα των προσωπικών του δεδομένων που υπόκεινται σε επεξεργασία ή εάν το αίτημα του υποκειμένου των δεδομένων είναι αστήρικτο ή υπερβολικό, ειδικά εξαιτίας του επαναλαμβανόμενου χαρακτήρα του, η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί να ενεργήσει κατόπιν του αιτήματος ή να ζητήσει εύλογο διαχειριστικό τέλος, το οποίο θα καθορίζεται ανά περίπτωση.

## **B1. Πρόσωπο το οποίο αφορά η αίτηση (το υποκείμενο των δεδομένων)**

Τίτλος: Κος / Κα / Άλλο

Επώνυμο:

Όνομα:

Οποιοδήποτε άλλο όνομα με το οποίο είστε γνωστός/ή και το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει στην αναζήτηση των πληροφοριών:

Διεύθυνση:

Ταχυδρομικός Κώδικας:

Τηλέφωνο:

E-mail:

## **B2. Στοιχεία Πληρεξούσιου / Εκπρόσωπου**

*(Εάν υποβάλετε το αίτημα για λογαριασμό του υποκειμένου των δεδομένων)*

Τίτλος: Κος / Κα / Άλλο

Επώνυμο:

Όνομα:

Οποιοδήποτε άλλο όνομα με το οποίο είστε γνωστός/ή και το οποίο θα μπορούσε να βοηθήσει στην αναζήτηση των πληροφοριών:

Διεύθυνση:

Ταχυδρομικός Κώδικας:

Τηλέφωνο:

E-mail:

Αντίγραφα εξουσιοδότησης (σημειώστε με X)

Εξουσιοδότηση  Πληρεξούσιο  Άλλο

## **Γ. Απόδειξη της ταυτότητάς σας**

Χρειάζεται να μας δώσετε απόδειξη για την ταυτότητά σας, προκειμένου να μπορέσουμε να σας γνωστοποιήσουμε προσωπικά δεδομένα. Η απόδειξη της ταυτότητάς σας θα πρέπει να περιλαμβάνει αντίγραφο από ένα έγγραφο αναγνώρισης, όπως δελτίο αστυνομικής ταυτότητας, διαβατήριο, άδεια διαμονής και ένα έγγραφο που πιστοποιεί την διεύθυνσή σας, όπως πρόσφατο λογαριασμό κοινής ωφέλειας. Εάν υποβάλετε το αίτημα εκ μέρους του υποκειμένου των δεδομένων, θα χρειαστεί να μας δώσετε αποδεικτικό ταυτότητας του υποκειμένου των δεδομένων και απόδειξη του δικαιώματός να ενεργείτε για λογαριασμό του.

Εάν τίποτε από τα παραπάνω δεν είναι διαθέσιμο παρακαλείστε να επικοινωνήσετε με τους τρόπους που περιγράφονται ανωτέρω για συμβουλές σχετικά με τυχόν άλλες αποδεκτές μορφές επαλήθευσης της ταυτότητάς σας.

**Ως αποδεικτικά της ταυτότητάς μου επισυνάπτω τα κάτωθι αντίγραφα:**

*(σημειώστε με X)*

Α.Δ.Τ.  Διαβατήριο  Άδεια Διαμονής





**INSURANCE** πρέπει να επιβεβαιώσει την απόδειξη της ταυτότητάς μου και ότι ενδέχεται να είναι απαραίτητο να έρθει ξανά σε επικοινωνία μαζί μου για περαιτέρω πληροφορίες ώστε να εντοπίσει τα προσωπικά δεδομένα για τα οποία επιθυμώ να λάβω ενημέρωση. Κατανοώ ότι το αίτημα μου δε θα είναι έγκυρο έως ότου η Εταιρεία **INCHCAPE INSURANCE** λάβει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες. Κατανοώ επίσης ότι ενώ η αίτηση αυτή είναι δωρεάν, εάν ζητήσω τις ίδιες πληροφορίες ξανά ή υποβάλλω αβάσιμα ή υπερβολικά αιτήματα, η Εταιρεία **INCHCAPE INSURANCE** μπορεί να με χρεώσει με λογικά διαχειριστικά έξοδα προκειμένου να διεκπεραιώσει το αίτημά μου.

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

## **Ζ.2. Δήλωση Πληρεξουσίου (εάν εφαρμόζεται)**

Εγώ, ο/η \_\_\_\_\_, δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που παρέχω στην Εταιρεία **INCHCAPE INSURANCE** είναι ακριβείς και αληθινές και αφορούν το υποκείμενο των δεδομένων. Επίσης, δηλώνω υπεύθυνα ότι ενεργώ νομίμως για λογαριασμό του υποκειμένου των δεδομένων. Αντιλαμβάνομαι ότι η επεξεργασία των αποδεικτικών εγγράφων της ταυτότητας και της πληρεξουσιότητάς μου είναι απαραίτητη για την εξέταση του αιτήματος που υποβάλλω. Ως εκ τούτου, αποδέχομαι την ανωτέρω επεξεργασία και συμφωνώ να παρέχω επιπλέον στοιχεία στην Εταιρεία **INCHCAPE INSURANCE**, εφόσον αυτά είναι απαραίτητα για την εξέταση και διεκπεραίωση εν λόγω αιτήματος.

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_