

# Έντυπο Άσκησης Δικαιώματος Υποκειμένων των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Η ασφάλεια και το απόρρητο των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που σας αφορούν αποτελούν υψηλή προτεραιότητα για την εταιρεία **WELCOME INSURANCE CONSULTANTS AND COORDINATORS INSURANCE ADVICE E.E** (εφεξής «Επιχείρηση») που εδρεύει: **Λ. Πάρνηθος 131, Αχαρνές, ΤΚ: 13672**. Γνωρίζουμε ότι η εμπιστευτικότητα των Προσωπικών Δεδομένων σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για εσάς και προσπαθούμε να είμαστε όσο το δυνατόν πιο διαφανείς στον τρόπο με τον οποίο σας εξυπηρετούμε. Για αυτό θεωρούμε χρέος μας να σας ενημερώσουμε για τα δικαιώματα που έχετε αναφορικά με τη συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και να σας διευκολύνουμε στην άσκησή τους. Η αίτηση άσκησης των δικαιωμάτων είναι δωρεάν, εκτός εάν το αίτημα είναι προφανώς αβάσιμο ή υπερβολικό.

## 1. Διαδικασία

Ως υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων σας, η Επιχείρηση, σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο:

- Είναι υποχρεωμένη πριν την απάντηση ενός αιτήματος να προβεί σε ταυτοποίησή σας.
- Δεσμεύεται να αξιολογήσει το αίτημά σας και να προχωρήσει στην ικανοποίησή του, εφόσον αυτό είναι δυνατό, εντός τριάντα ημερών από την ημέρα ταυτοποίησης του αιτήματος.

Σε κάθε περίπτωση, θα ενημερώνεστε άμεσα για οποιαδήποτε εξέλιξη στην πορεία του αιτήματός σας.

## 2. Προσωπικά στοιχεία φυσικού προσώπου που ασκεί το δικαίωμα

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε προσεκτικά όλα τα παρακάτω πεδία έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η βέλτιστη διαχείριση του αιτήματός σας:

Όνομα	
Επώνυμο	
Διεύθυνση	
Τηλέφωνο επικοινωνίας	
Κινητό τηλέφωνο	
E-mail	

## 3. Δικαίωμα το οποίο επιθυμείτε να ασκήσετε

Είδος δικαιώματος που θέλετε να ασκήσετε (Παρακαλώ επιλέξετε μόνο ένα από τα παρακάτω):

- Πρόσβαση στα προσωπικά μου δεδομένα
- Διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων
- Περιορισμός της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων
- Φορητότητα των προσωπικών μου δεδομένων
- Διόρθωση ανακριβών / συμπλήρωση ελλιπών προσωπικών μου δεδομένων
- Εναντίωση στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

Παρακαλούμε όπως καταγράψετε αναλυτικά το αίτημά σας στο παρακάτω πεδίο.

--

#### 4. Επιλέξτε το μέσο επικοινωνίας με το οποίο επιθυμείτε να επικοινωνούμε μαζί σας για την εξέλιξη του αιτήματός σας:

- E-mail
- Φυσική αλληλογραφία
- Τηλεφωνική επικοινωνία

#### 5. Τρόποι αποστολής της αίτησης

Μπορείτε να αποστείλετε την αίτησή σας με επιστολή με την ένδειξη Υπόψη Υπευθύνου Επεξεργασίας.

Στη διεύθυνσή μας:

**WELCOME INSURANCE CONSULTANTS AND COORDINATORS INSURANCE ADVICE E.E, Λ. Πάρνηθος 131, Αχαρνές, ΤΚ: 13672,  
Τηλ.: +30 2460111 ή στο e-mail: [gdpr@asfaleies.net.gr](mailto:gdpr@asfaleies.net.gr)**

#### 6. Βεβαίωση και υπογραφή υποκειμένου δεδομένων

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο είναι αληθείς και είμαι το πρόσωπο του οποίου το όνομα εμφανίζεται στο παρόν. **Κατανοώ ότι:**

- Η Επιχείρηση πρέπει να επιβεβαιώσει την απόδειξη της ταυτότητάς μου και ενδέχεται να χρειαστεί να επικοινωνήσει μαζί μου για περισσότερες πληροφορίες.
- Το αίτημά μου δεν θα είναι έγκυρο έως ότου η Επιχείρηση λάβει όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες για την επεξεργασία του αιτήματος και
- Εφόσον ασκώ το δικαίωμα πρόσβασης, δικαιούμαι ένα δωρεάν αντίγραφο των προσωπικών δεδομένων που αιτήθηκα και αναγνωρίζω ότι για όσα επιπλέον αντίγραφα ζητώ, η Επιχείρηση ενδέχεται να επιβάλει εύλογη χρέωση λαμβάνοντας υπόψη τα έξοδα διαχείρισης.

Ημερομηνία ..... - ..... – 20.....

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή