



**ΕΝΤΥΠΟ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ
ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (GDPR)**

Με τη χρήση του παρόντος, κάθε φυσικό πρόσωπο δύναται να ασκήσει τα δικαιώματά του που έχουν θεσπιστεί από το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων και αφορούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα του που επεξεργάζεται η NOW INSURANCE GROUP ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (δ.τ. NOW INSURANCE GROUP Α.Ε.) με Α.Φ.Μ. 800795760 και έδρα το Χαλάνδρι (Πίνδου 56-58).

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

1. Προσωπικά στοιχεία φυσικού προσώπου που ασκεί το δικαίωμα:

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

2. Κατηγορία δικαιώματος που θέλετε να ασκήσετε (Μπορείτε να 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 καθώς και τους λόγους υποβολής του, εάν είναι εφικτό.

Συνημμένα Έγγραφα

.....
.....

3. Επιλογή του μέσου επικοινωνίας με το οποίο επιθυμείτε να επικοινωνούμε μαζί σας για την εξέλιξη του αιτήματός σας:

☐ E-mail ☐ Τηλεφωνική επικοινωνία ☐ Αλληλογραφία

Υπογραφή

Ημερομηνία

.....

Σε περίπτωση που το αίτημα δεν αφορά εσάς, πρέπει να επισυνάπτεται εξουσιοδότηση και αντίγραφα ταυτοποίησης του υποκειμένου και δικά σας.