

## **ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η εταιρεία AEGEAN ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ Α.Ε. είναι Υπεύθυνη Επεξεργασίας των Προσωπικών σας Δεδομένων. Η ασφάλεια των προσωπικών σας δεδομένων και η διευκόλυνση της άσκησης των δικαιωμάτων σας σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων είναι πρωταρχικός μας στόχος.

Εφόσον επιθυμείτε να ασκήσετε το δικαίωμα διαγραφής των προσωπικών σας δεδομένων, μπορείτε να συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση και να μας την αποστείλετε:

- Είτε με ταχυδρομική αποστολή προς την εταιρεία:  
Aegean Ασφάλειες Α.Ε., Πίνδου 56-58 Χαλάνδρι Αττικής, Τ.Κ. 152 33
- Είτε μέσω e-mail στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου [dpo@aegeaninsurance.gr](mailto:dpo@aegeaninsurance.gr)

Μετά την παραλαβή του σχετικού αιτήματος, θα απαντήσουμε στο αίτημά σας εντός τριάντα (30) ημερών, ενώ στην περίπτωση που αυτό δεν καταστεί εφικτό θα σας ενημερώσουμε για την παράταση της προθεσμίας αυτής, η οποία δεν μπορεί να υπερβεί τις εξήντα (60) επιπλέον ημέρες.

Μαζί με την παρούσα αίτηση θα πρέπει να μας επισυνάψετε αντίγραφο της αστυνομικής σας ταυτότητας ή οποιουδήποτε νόμιμου εγγράφου από το οποίο να προκύπτει η ταυτοποίησή σας.

### **ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΔΙΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

#### **Επιθυμώ:**

- Διαγραφή των παρακάτω προσωπικών μου δεδομένων:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Ο κάτωθι υπογράφων ..... δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που παρέχω στην παρούσα είναι αληθείς και ακριβείς και επιβεβαιώνω ότι είμαι το υποκείμενο των προσωπικών δεδομένων που αιτούμαι τη διαγραφή τους.

Κατανώ ότι η εταιρεία ως υπεύθυνος επεξεργασίας οφείλει να επιβεβαιώσει την ταυτότητά μου και να επικοινωνήσει μαζί μου εφόσον είναι απαραίτητο στο πλαίσιο της απάντησής της στο αίτημά μου.

Όνοματεπώνυμο: .....

Ημερομηνία: .....

Υπογραφή:.....