

Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων Άρθρο 16 – Δικαίωμα Διόρθωσης

Αγαπητέ πελάτη,

Σύμφωνα με το άρθρο 16 του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού περί Προστασίας των Δεδομένων έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τη διόρθωση των προσωπικών σας δεδομένων σε περίπτωση που αυτά είναι ανακριβή ή ελλιπή.

Η MetLife θα απαντήσει στην αίτησή σας εντός ενός μηνός από την ημέρα παραλαβής της αίτησης.

Παρακαλώ συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία και επισυνάψτε τα απαραίτητα έγγραφα. Σε περίπτωση που δεν παραλάβουμε τις απαραίτητες αποδείξεις/υποστηρικτικά έγγραφα, δεν θα μπορέσουμε να επεξεργαστούμε το αίτημά σας.

1. Τα στοιχεία σας

Όνοματεπώνυμο	
Ημερομηνία γεννήσεως	
Υφιστάμενη διεύθυνση	
Αρ. τηλεφώνου	
Email	
Αρ. Συμβολαίου/ων	
Αριθμός Ταυτότητας	

2. Για ποίο άτομο αιτείστε;

☐	Για μένα (Προχωρήστε στην ερώτηση 5)
☐	Για άλλο άτομο (προχωρήστε στην ερώτηση 3)

3. Ένα ζητάτε πληροφορίες που αφορούν άλλο άτομο, παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα στοιχεία του

Όνοματεπώνυμο	
Υφιστάμενη διεύθυνση	
Αρ. τηλεφώνου	
Email	

4. Ποία είναι η σχέση σας με το άτομο;

☐	Μητέρα
☐	Πατέρα
☐	Κηδεμόνας
☐	Νόμιμος Εκπρόσωπος
☐	Άλλη (Εξηγήστε):

5. Αποδεικτικά Έγγραφα

Έντυπα που πρέπει να προσκομίσετε ως αποδεικτικά της ταυτότητας:

☐	Λογαριασμός κοινής ωφελείας ή κατάσταση Τραπεζικού Λογαριασμού (πρωτότυπα) – πρόσφατα μέχρι 3 μήνες
☐	Αντίγραφο Διαβατηρίου ή Ταυτότητα
☐	Έντυπο Αλλαγής Ονόματος (αν ισχύει)

6. Αποδεικτικά Εξουσιοδότησης

Αν αιτήστε πληροφορίες που αφορούν άλλο άτομο, παρακαλώ όπως προσκομίσετε τα πιο κάτω:

☐	Νομικό Έγγραφο που να αποδεικνύει ότι είστε πληρεξούσιος (Πρωτότυπο)
☐	Έγγραφο Κηδεμονίας (Πρωτότυπο)

Παρακαλώ επιλέξτε τα προσωπικά στοιχεία που θέλετε να διορθώσετε :

Προσωπικά Δεδομένα για ατομικά συμβόλαια ζωής

#	Περιγραφή Προσωπικού Δεδομένου	Επιλέξτε το πεδίο
1	Πλήρες Όνομα Πληρωτή Συμβολαίου (Payor)	
2	Ημερομηνία Γέννησης Πληρωτή Συμβολαίου (Payor)	
3	Διεύθυνση Επικοινωνίας Πληρωτή Συμβολαίου (Payor)	
4	Καλύψεις Προϊόντων Πληρωτή Συμβολαίου (Payor)	
5	Πλήρες Όνομα Ασφαλιζόμενου	
6	Ημερομηνία Γέννησης Ασφαλιζόμενου	
7	Καλύψεις Προϊόντων Ασφαλιζόμενου	
8	Πλήρες Όνομα Εξαρτωμένου	
9	Ημερομηνία Γέννησης Εξαρτωμένου	
10	Στοιχεία Επικοινωνίας (αριθμός τηλεφώνου/αριθμός κινητού τηλεφώνου/email)	
11	Διεύθυνση Επικοινωνίας Ασφαλισμένου/Ιδιοκτήτη Συμβολαίου	
12	Φύλο	
13	Όνομα/τα Δικαιούχων	
14	IBAN #	

Προσωπικά Δεδομένα για ατομικά συμβόλαια υγείας και ομαδικών ατυχημάτων

#	Περιγραφή Προσωπικού Δεδομένου	Επιλέξτε το πεδίο
1	Πλήρες Όνομα Ασφαλιζόμενου	
2	Ημερομηνία Γέννησης Ασφαλιζόμενου	
3	Πλήρες Όνομα Εξαρτωμένου/ων	
4	Ημερομηνία Γέννησης Εξαρτωμένου	
5	Διεύθυνση Επικοινωνίας Ασφαλισμένου	
6	Φύλο Ασφαλισμένου	
7	Κατηγορίες Καλύψεων/Προϊόντων	
8	Αριθμός Ταυτότητας	
9	Ημερομηνία Πρόσληψης Ασφαλιζόμενου	
10	Όνομα/τα Δικαιούχων	
11	Ιστορικό Αιτημάτων Αποζημίωσης	

Προσωπικά Δεδομένα για Ομαδικά Συμβόλαια Υγείας και Ζωής

#	Περιγραφή Προσωπικού Δεδομένου	Επιλέξτε το πεδίο
1	Πλήρες Όνομα Ασφαλιζόμενου	
2	Ημερομηνία Γέννησης Ασφαλιζόμενου	
3	Πλήρες Όνομα Εξαρτωμένου/ων	
4	Ημερομηνία Γέννησης Εξαρτωμένου	
5	Στοιχεία Επικοινωνίας (αριθμός τηλεφώνου/αριθμός κινητού τηλεφώνου/email)	
6	Διεύθυνση Επικοινωνίας Ασφαλισμένου	
7	Μισθός	
8	Φύλο Ασφαλισμένου	
9	Κατηγορίες Καλύψεων/Προϊόντων	
10	IBAN #	
11	Αριθμός Ταυτότητας	
12	Οικογενειακή Κατάσταση	
13	Ημερομηνία Ένταξης Ασφαλιζόμενου	
14	Όνομα/τα Δικαιούχων	
15	Ιστορικό Αιτημάτων Αποζημίωσης	

Σημείωση:

- Για όλες τις κατηγορίες προσωπικών δεδομένων, τα σχετικά υποστηρικτικά έγγραφα θα πρέπει να υποβάλλονται, διαφορετικά δεν θα μπορούμε να προχωρήσουμε και να εκτελέσουμε το αίτημα διόρθωσης σας.

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____