

Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων
Άρθρο 17 – Δικαίωμα Διαγραφής ή «Δικαίωμα στη Λήθη»

Αγαπητέ πελάτη,

Σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού περί Προστασίας των Δεδομένων, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε τη διαγραφή ή την αφαίρεση των προσωπικών σας δεδομένων (επίσης γνωστό ως «δικαίωμα στη λήθη»), όταν δεν υπάρχει κανένας επιτακτικός λόγος για να συνεχίσουμε να τα χρησιμοποιούμε.

Αυτό δεν είναι απόλυτο δικαίωμα στη διαγραφή όμως. Δυνατόν να έχουμε το δικαίωμα ή την υποχρέωση να κρατούμε τις πληροφορίες σας, όταν έχουμε νομική υποχρέωση να το πράξουμε ή έχουμε άλλον έγκυρο νομικό λόγο για να τα κρατήσουμε.

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, 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 αιτήστε;

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

3. Αν αιτείστε 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 Έντυπα

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 κάποιον άλλο, παρακαλώ όπως προσκομίσετε τα πιο κάτω

	Εξουσιοδότηση (Πρωτότυπο)
	Έγγραφο Κηδεμονίας (Πρωτότυπο)

Παρακαλώ επιλέξτε τα προσωπικά στοιχεία που θέλετε να διαγράψετε:

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 #	
15	Καλύψεις Ασφαλισμένου	

Προσωπικά Δεδομένα για ατομικά συμβόλαια υγείας και ομαδικών ατυχημάτων

#	Περιγραφή Προσωπικού Δεδομένου	Επιλέξτε το πεδίο
1	Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου	
2	Ημερομηνία Γέννησης Ασφαλισμένου	
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 Ασφαλισμένου	
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 Ασφαλισμένου	
2	Ημερομηνία Γέννησης Ασφαλισμένου	
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 Ασφαλισμένου	
14	Όνομα/τα Δικαιούχων	
15	Ιστορικό Αιτημάτων Αποζημίωσης	

Παρακαλώ όπως αναφέρετε τους λόγους του αιτήματός σας:

(Υποχρεωτικό)

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____