

**ΜΕΡΟΣ I: Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη του Συμβολαίου και τον Ασθενή**  
**SECTION I: To be completed by the Policyholder and by the Patient**

**Υποβολή Απαίτησης / Submission of Claim**

Εγώ ο/η \_\_\_\_\_

Συμβαλλόμενος με Συμβόλαιο / Policyholder, με αριθμό / of policy number \_\_\_\_\_

Υποβάλλω απαίτηση αναφορικά με την ασθένεια / τραυματισμό που περιγράφεται πιο κάτω/  
Submit my claim regarding the illness/injury that is described here below:

Τηλεμοιότυπο Ιδιοκτήτη / Fax of Policyholder: \_\_\_\_\_ E-mail Ιδιοκτήτη/Policyholder: \_\_\_\_\_

**Στοιχεία Ασθενή / Patient's Details**

Όνοματεπώνυμο / Full Name: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση / Address: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης / Date of birth: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / Id Card No.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνα / Contact details: \_\_\_\_\_

**Λεπτομέρειες για την Ασθένεια/Τραυματισμό / Information for the Illness/Injury**

Ασθένεια / Τραυματισμός (Περιγράψετε): \_\_\_\_\_  
Describe the illness / injury:

Περιγράψετε τα συμπτώματα: \_\_\_\_\_  
Describe the symptoms:

Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα; ...../...../.....  
when did the first symptoms appear?

Πότε συνέβηκε το Ατύχημα (αν ισχύει) ...../...../.....  
when did the accident occur (if applicable)

ΝΑΙ / YES    ΟΧΙ / NO

Είχε ποτέ ληφθεί περίθαλψη στο παρελθόν για την ίδια ασθένεια / ατύχημα; Αν ΝΑΙ Πότε;          
Did you ever receive any medical treatment in the past for the same illness / injury. If Yes when:

Όνομα και Διεύθυνση Θεράποντος Ιατρού: \_\_\_\_\_  
Full Name & Address of attending doctor:

Όνομα και Διεύθυνση Κλινικής / Νοσοκομείου: \_\_\_\_\_  
Full Name & Address of Clinic / Hospital:

Ημερ. Εισαγωγής: ...../...../.....  
Admission date:

Ημερ. Εξόδου/ ...../...../.....  
Discharge date:

Ημερ. Χειρουργικής Επέμβασης (αν ισχύει): ...../...../.....  
Date of surgical operation (if applicable):

**Ιστορικό Ατυχήματος / Accident History**

Τοποθεσία Ατυχήματος/ .....  
Accident Location:

Λεπτομερής Περιγραφή Ατυχήματος/ .....  
Detailed description of accident:

Είδος Ατυχήματος/ .....  
Type of Accident:    Εργατικό/Labour     Τροχαίο/Traffic     Άλλο/Other

**Στοιχεία Ασφαλισμένου/Insured Details**

Ασφαλιστική Εταιρεία Οχήματος/ .....  
Vehicle Insurance Company:

Αρ. Εγγραφής Οχήματος/ .....  
Vehicle Registration No:

**Στοιχεία Τρίτου σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος/Third Party details in the event of traffic accident**

Όνοματεπώνυμο / Full Name: \_\_\_\_\_

Ασφαλιστική / Insurance Company: \_\_\_\_\_ Αρ. Εγγραφής Οχήματος / Vehicle Registration No.: \_\_\_\_\_

## Υποβολή Απαίτησης για Νοσοκομειακή Περίθαλψη πριν τη Διεξαγωγή της / Submission of claim prior receiving the Hospital Treatment

Επιθυμείτε την εξέταση της Απαίτησης σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης;/  
Do you wish your claim to be investigated prior receiving the in-hospital treatment?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

• Η εξέταση της Απαίτησης σας μπορεί να γίνει μόνο για προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη και θα βασίζεται στα δεδομένα που μας δίνονται/  
The investigation of your claim may be done only for a scheduled in-hospital treatment based on the information provided to us.

• Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε το αίτημα σας θα πρέπει να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες μέρες πριν την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη/  
To enable us investigate your request you have to submit the claim form with all necessary supporting documents, at least five (5) working days prior to the scheduled in-hospital treatment.

• Η απόφαση μας θα βασίζεται αποκλειστικά στους όρους της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης και δεν θα αποτελεί, με οποιοδήποτε τρόπο, ένδειξη ή συμβουλή για την αναγκαιότητα της προτεινόμενης περίθαλψης/  
Our decision will be based solely on the terms and conditions of your insurance policy and will not in any way be considered as an indication or advice for the necessity of the recommended treatment.

## Διακανονισμός Πληρωμής / Settlement of Claim Payment

Παρακαλώ επιλέξτε / Please Select:

Πληρωμή στον Ιδιοκτήτη, σύμφωνα με τις πρωτότυπες αποδείξεις που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, οι αποδείξεις θα πρέπει να σταλούν στη Karyatis Administrators με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης/ Payment to the policyholder on the basis of the original receipts which are attached. In case you submitted your claim prior to the in-hospital treatment and we have approved it, the receipts have to be sent to Karyatis Administrators after the completion of the treatment.

Επιταγή στο όνομα της Κλινικής / Νοσοκομείου όπου έγινε / θα γίνει η Νοσοκομειακή Περίθαλψη ή / και του Ιατρού, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτότυπα αναλυτικά τιμολόγια που επισυνάπτονται. Στη περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περίθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, τα τιμολόγια θα πρέπει να σταλούν στη Karyatis Administrators με την ολοκλήρωση της Περίθαλψης / Cheque payable to the doctor of the clinic/hospital where the treatment has taken or will take place. In case you submitted your claim prior to the in-hospital treatment and we have approved it, the invoices have to be sent to Karyatis Administrators after the completion of the treatment.

Σημειώνεται ότι για περιστατικά Εξωτερικού Ασθενή θα πρέπει να επισυνάπτονται οι πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής/  
Please note that for outpatient cases all of the original receipts have to be attached.

## Άλλη Ασφαλιστική Κάλυψη / Other Insurance Coverages

Αν η Περίθαλψη δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης από τρίτο πρόσωπο, ή καλύπτεται από άλλη πηγή (Ιδιωτική ή Κοινωνική Ασφάλιση, Ταμεία Υγείας κλπ) παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες / If the treatment creates an obligation for compensation from a third party or is covered by any other source (private or social insurance, health funds etc.) please give details:

## Δήλωση και Συγκατάθεση / Declaration of Consent

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην απαίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την Ypera Insurance Co. Ltd και τη Karyatis Administrators, να αποσπούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ Τόπος \_\_\_\_\_

Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της απαίτησης σας, παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Karyatis Administrators στο τηλέφωνο 24 200 860.

Hereby confirm that all the information given to this claim, is true and complete and I hereby authorized Ypera Insurance Co. Ltd and Karyatis Administrators, to request from any physical or legal entity information pertaining to my physical and mental health. Also, I hereby authorize the release of such information.

Full Name & Signature of Adult Patient \_\_\_\_\_

Full Name & Signature of Policyholder \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Place \_\_\_\_\_

**Στοιχεία Ασθενή / Patient's Details**

Όνοματεπώνυμο Ασθενή / Full Name of patient: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία Γέννησης / Date of birth: \_\_\_\_\_

**Ασθένεια/ Τραυματισμός / Illness / Injury**

Αρχική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)/  
Initial Diagnosis (date and detailed description):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Τελική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή)/  
Final Diagnosis (date and detailed description):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Περίθαλψη / Treatment**

- Επείγον περιστατικό / Urgent Incident       Εξωτερικά Ιατρεία / Outpatient       Ημερήσια Χειρουργική Νοσηλεία / Daily Surgical  
 Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση / Scheduled surgical operation       Άλλο / Other

Ημερομηνία Επέμβασης/ Date of operation ...../...../.....

Όνομα & Διεύθυνση Νοσοκομείου / Κλινικής που έγινε / Θα γίνει η Νοσηλεία:  
Name & Address of Hospital / Clinic where treatment has been / Will be undertaken: \_\_\_\_\_

Ημερ. Εισαγωγής / Date of Admissions: ...../...../.....      Ώρα Εισαγωγής / Time of Admissions: ..... : .....      πμ/μμ  
am/pm  
Ημερ. Εξόδου / Date of Discharge: ...../...../.....      Ώρα Εξόδου / Time of Discharge: ..... : .....      πμ/μμ  
am/pm

**Λεπτομέρειες για την Ασθένεια / Τραυματισμό / Details of Illness / Injury**

Περιγράψτε τα συμπτώματα του Ασθενή / Describe the patient's symptoms:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Πότε είχε ο Ασθενής τα πρώτα του συμπτώματα (ημερομηνία); ...../...../..... Πότε συνέβηκε το Ατύχημα; (Αν ισχύει/ημερομηνία)...../...../.....  
When did the patient's symptoms first appear (date)? ...../...../..... When did the accident occur? (Date if applicable) ...../...../.....

Πότε σας επισκέφθηκε ο Ασθενής για πρώτη φορά (ημερομηνία); / When did the patient first visit you (date) ...../...../.....

Αναφέρετε και περιγράψτε με λεπτομέρεια τους παράγοντες που επέβαλαν την εισαγωγή του Ασθενή στο Νοσοκομείο / Κλινική:  
State and describe in detail the causes which have led to the submission of the patient to the hospital / clinic:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν αναφορικά με την ασθένεια/ τραυματισμό. (Αναφέρετε ημερομηνίες και επισυνάψτε τα αποτελέσματα):/  
Medical and diagnostic laboratory examinations which have been performed with regard to the illness / injury (state the dates and attach the results):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Περιγράψτε την περίθαλψη που δόθηκε στον Ασθενή, καθώς και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν μέχρι σήμερα:/  
Describe the treatment which was given to the patient as well as the medicines which have been administered to date:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Περίθαλψη που επίκειται / Treatment to follow:  
Παρακολουθείται ή λαμβάνει περίθαλψη ο Ασθενής από Ιατρό άλλης ειδικότητας; (Δώσε λεπτομέρειες):/  
Is the patient under medical observation or is receiving treatment from any doctor of other speciality? (Give details):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Έχει ο Ασθενής αποθεραπευτεί από την ασθένεια / τραυματισμό;  
Has the patient recovered from the illness / injury?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ιατρικό Ιστορικό / Medical History

Είναι η πρώτη φορά που ο Ασθενής λαμβάνει περίθαλψη για αυτή την ασθένεια / τραυματισμό;  
If this is the first time the patient is receiving treatment for this illness/injury?

ΝΑΙ / YES

ΟΧΙ / NO

Αν όχι, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πως αντιμετωπίστηκε;

If No, when did the first incident occur and how was treated?

Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση ή σύνδρομο; (Περιγράψετε):

Does the patient suffers or suffered in the past from any illness or any other disease or syndrome? (Give details):

Όνοματεπώνυμο Ιατρού /  
Full name of Doctor:

Ειδικότητα /  
Specialty:

Διεύθυνση / Address:

Τηλέφωνο /  
Telephone:

Υπογραφή Ιατρού  
Doctor's Signature

Ημερομηνία  
Date

Σφραγίδα Νοσοκομείου/Κλινικής  
Hospital/Clinic Stamp

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date

**Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα.  
Please make sure that all sections of the claim form are duly completed.**

**Σημείωση:** Αφού συμπληρωθεί το Έντυπο Απαίτησης παρακαλούμε όπως αποσταλεί στη **Karyatis Administrators** στο email: **info@karyatisadmin.com**  
ή στο Φαξ: **24 200 869**, Τηλ. **24 200 860**  
**Important Note:** After completion of the claim form please send it to **Karyatis Administrators** by email: **info@karyatisadmin.com**  
or by Fax at No: **24 200 869**, Tel: **24 200 860**

# ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ (ΕΕ) 2016/679.

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα Κανονισμού (ΕΕ) αρ. 2016/679, η Karyatis Administrators Ltd, έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εσάς, σύμφωνα με το πιο πάνω κανονισμό.

## I. ΟΡΙΣΜΟΙ

"Υπεύθυνος επεξεργασίας" και "Εκτελών την επεξεργασία": νοείται μόνο η Karyatis Administrators Ltd, εκ Λεωφ. Αρχ. Μακαρίου Γ 52, 4<sup>ος</sup> όροφος, Ydrogios Tower, 6017 Λάρνακα, τηλ. 24200861, τηλεομοίτυπο 24200869, email [info@karyatisadmin.com](mailto:info@karyatisadmin.com).

"Υποκείμενο των Δεδομένων": νοείται τον ασφαλιζόμενο ή το εν δυνάμει να ασφαλιστεί πρόσωπο και οποιαδήποτε μέλη της οικογένειας τους που καλύπτονται από το σχέδιο ασφάλισης ή είναι εν δυνάμει να ασφαλιστούν πρόσωπα στην Ypera Insurance Co. Ltd.

"Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα": κάθε πληροφορία που αναφέρεται στον ασφαλισμένο ή το εν δυνάμει να ασφαλιστεί πρόσωπο ενώ βρίσκεται εν ζωή, του οποίου η ταυτότητα είναι γνωστή ή μπορεί να εξακριβωθεί άμεσα ή έμμεσα ιδίως βάσει αριθμού ταυτότητας ή βάση ενός ή περισσότερων συγκεκριμένων στοιχείων που χαρακτηρίζουν την υπόσταση του και περιλαμβάνει και δεδομένα ειδικών κατηγοριών (ευαίσθητα) που έχουν δοθεί ή θα δοθούν στο μέλλον στην Karyatis Administrators Ltd.

"Ευαίσθητα Δεδομένα Προσωπικού Χαρακτήρα:" που αποκαλύπτουν την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή, τα πολιτικά φρονήματα, τις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις ή την συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, καθώς και η επεξεργασία γενετικών δεδομένων με σκοπό την αδιαμφισβήτητη ταυτοποίηση προσώπου, δεδομένων που αφορούν την υγεία, την σεξουαλική ζωή ή τον γενετήσιο προσανατολισμό.

"Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων": νοείται η κα. Χατζηκώστα, εκ Λεωφ. Αρχ. Μακαρίου Γ 52, 4<sup>ος</sup> όροφος, Ydrogios Tower, 6017 Λάρνακα, τηλ. 24200861, τηλεομοίτυπο 24200869, email [info@karyatisadmin.com](mailto:info@karyatisadmin.com). "Επεξεργασία Δεδομένων": περιλαμβάνει την με αυτοματοποιημένη χρήση μέσω των μη συλλογή, καταχώρηση, οργάνωση, διάρθρωση, αποθήκευση, προσαρμογή, μεταβολή, ανάκτηση, αναζήτηση πληροφοριών, χρήση, διαβίβαση, διάδοση, κάθε άλλη μορφή διάθεσης, συνδυασμός, περιορισμός, διαγραφή ή καταστροφή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

## II. ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του θα προβαίνει στην εν όλο ή εν μέρει, αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία τέτοιων δεδομένων, είτε ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων (ευαίσθητα) του άρθρου 9 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679, είτε όχι, τα οποία περιλαμβάνονται ή πρόκειται να περιληφθούν σε σύστημα αρχειοθέτησης που είναι συναφή και θα περιορίζονται στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους υποβάλλονται και θα επικαιροποιούνται σε εύλογα χρονικά διαστήματα.

Βασικός σκοπός της επεξεργασίας, είναι η εξέταση και/ή η διαχείριση τυχόν απαίτησης σας που προκύπτει από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έκδωσε προς όφελος σας η Ypera Insurance Co. Ltd και η πρόληψη και αποφυγή αδικημάτων δόλου και ασφαλιστικής απάτης.

Πέρα του βασικού σκοπού τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας, θα υπόκεινται και σε επεξεργασία με σκοπό (α) τη συλλογή αποδεικτικών στοιχείων (επικυρωμένα και αριθμημένα επίσημα τιμολόγια, αποδείξεις, συνταγές, ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικά πιστοποιητικά) προς εξέταση τυχόν υποβληθείσας απαίτησης σας, (β) την επιβεβαίωση κατά πόσο η ασθένεια, ατύχημα, περίθάλψη κ.τ.λ. για την οποία τυχόν υποβάλλετε απαίτηση είναι τέτοια ώστε να καλύπτεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και (γ) την καλύτερη δυνατή και γρήγορη εξυπηρέτηση, την άρτια παροχή και διατήρηση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών προς εσάς.

## III. ΑΠΟΛΕΚΤΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η Karyatis Administrators Ltd θα διαβιβάζει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς που συλλέγονται στους πιο κάτω, με τους οποίους τηρούνται συμφωνίες εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων τους:

Σε εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους που βρίσκονται υπό την εποπτεία της,  
Σε εξουσιοδοτημένους εξωτερικούς συνεργάτες, φυσικά ή νομικά πρόσωπα, π.χ. Ιατρούς, Νοσοκομεία Ιδιωτικά ή Δημόσια, Δικηγόρους, Ελεγκτές, Νομικούς Συμβούλους ή Ασφαλιστικούς Αντιπροσώπους.  
Σε συνδεδεμένες εταιρείες ή συμβεβλημένες ή συνεργαζόμενες εταιρείες.  
Στην εταιρεία Ypera Insurance Co. Ltd, της οποίας έχει αναλάβει την εξέταση και διαχείριση των υποβαλλόμενων προς αυτή απαιτήσεων.  
Στις αντασφαλιστικές εταιρείες και/ή στους μεσάζοντες αντασφαλιστικών εταιρειών με τις οποίες η Ypera Insurance Co. Ltd έχει συνάψει ή πρόκειται να συνάψει συμβάσεις αντασφάλισης.

Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπευθύνου επεξεργασίας και μόνο κατ' εντολή του με τρόπο που εγγυάται την ασφάλεια τους. Οποιοδήποτε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, πλην των ως άνω περιπτώσεων και/ή όπου η νομοθεσία το επιτρέπει ή το επιβάλλει και/ή όπου υπάρχει περαιτέρω ρητή συγκατάθεση σας.

## IV. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ"

- Να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεση σας προς επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησης)
- Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρόσβασης και ενημέρωσης για τα δεδομένα αυτά κατόπιν σχετικού αιτήματος σας.
- Να απαιτήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων ή την συμπλήρωση των προσωπικών δεδομένων που σας αφορούν.
- Να ζητήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, να διαγράψει ή να περιορίσει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση, εάν δεν είναι πλέον απαραίτητα σε σχέση με το σκοπό που συλλέχθηκαν ή υποβλήθηκαν, εάν ανακαλέσετε τη

.....(Μονογραφή)

