

**INFORMATIVA**  
**sul trattamento dei dati personali, comuni e sensibili**  
**Articolo 13 del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003**

Gentile Sig./Sig.ra

A seguito dell'incarico di assistenza conferito alla ns. Associazione per l'espletamento degli adempimenti finalizzati all'ottenimento di rimborsi ed indennizzi previsti dalle polizze con le quali lei è assicurato/a, con la presente vengono fornite le seguenti informazioni.

**Premessa** - Il D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti con riferimento al trattamento dei dati personali. Secondo tale normativa il trattamento dei dati personali che si riferiscono ad un soggetto, nello specifico da definirsi "interessato", è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonché di tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato stesso.

La presente per informarla, in osservanza del sopraccitato decreto, che in relazione al rapporto o relazione che Lei ha con la nostra struttura, siamo in possesso di alcuni dati a Lei relativi, che possono essere stati acquisiti anche verbalmente. Ai sensi dell'articolo 13 D. Lgs.196/03 la nostra struttura, in qualità di Titolare, procederà al trattamento dei dati personali da Lei forniti nel rispetto della normativa, con la massima cura, attuando procedure e processi di gestione efficaci per garantire la tutela del trattamento dei suoi dati personali.

**Modalità e finalità del trattamento** - I dati forniti verranno trattati per l'esecuzione e le finalità di cui all'incarico sopra indicato, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza e dei diritti dell'interessato.

I dati comunicati saranno registrati, trattati e conservati presso i nostri archivi cartacei ed elettronici, in particolare:

- Per l'inserimento delle anagrafiche nei data base informatici.
- Per l'espletamento, con gli enti assicuratori, broker ed intermediari, degli adempimenti finalizzati all'ottenimento di rimborsi ed indennizzi per sé e per i propri familiari.

**Diritti di cui all'Art. 7** - In relazione al trattamento dei dati personali, è possibile esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti di cui all'art. 7 D. Lgs. 196/2003, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazioni di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

**Titolare del trattamento** - Il titolare del trattamento è la scrivente, i cui dati anagrafici sono riportati nella presente informativa.

**Responsabile del trattamento** - Si informa che la nostra Associazione, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 196/2003, non ha nominato apposito responsabile del trattamento dei dati personali.

**Trattamenti senza la necessità del consenso dell'interessato** - Si precisa che la scrivente, pur in carenza di un Suo consenso, avrà titolo per trattare i Suoi dati personali, con l'eccezione di quelli sensibili, qualora questo si renda necessario per:

- adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- eseguire obblighi derivanti dall'incarico di assistenza assicurativa.

**SISCOS**

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE**

Inviare a: Siscos – Viale delle Milizie, 38 – 00192 Roma

Io sottoscritto/a .....

C. F. \_\_\_\_\_ e-mail .....

in servizio in ..... con l'organismo ..... avendo fatto ricorso  
a prestazioni sanitarie per me / per il familiare .....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... chiedo il rimborso delle spese elencate nell'allegato.

**Delego la SISCOS a curare la liquidazione del rimborso fino alla firma della quietanza e richiedo l'accredito sul c/c sotto indicato:**

**Intestatario c/c:**

**Codice Fiscale dell'intestatario del c/c:**  
(se diverso da quello dell'assicurato)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**COORDINATE BANCARIE EUROPEE (IBAN)**

Paese	C. Digit	Cin	ABI	CAB	C/C

Data..... Firma.....

Dichiaro di aver preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte della SISCOS, nella sua qualità di Titolare del trattamento, con le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa ed esclusivamente ai fini dell'espletamento dell'incarico di assistenza conferito.

Data ..... Firma .....

**Non compilare - A cura della SISCOS**

Riepilogo rimborso richiesto:	Moneta locale	Euro
A) Spese mediche e di cura	.....	.....
B) Ricovero	.....	.....
C) Altre prestazioni	.....	.....
<b>Totale</b>	_____	_____

CAMBIO: ..... RIMBORSO IN EURO .....

**Compilazione a cura dell'assicurato. Indicare parità moneta locale / 1 Euro: .....**

<b>Data</b>	<b>Documentazione</b>	<b>Importo (moneta locale)</b>
	<b>A.1) Per onorari medici:</b> - <u>certificati medici con indicazione della patologia*</u> - ricevute originali di pagamento	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	<b>A.2) Per analisi, esami diagnostici, materiali di cura, ecc.:</b> - prescrizioni mediche - ricevute originali di pagamento	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	<b>A.3) Per spese farmaceutiche:</b> - prescrizioni mediche - ricevute originali di pagamento	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	<b>A.4) Per spese dentarie:</b> - <u>certificato medico-dentistico con indicazione della patologia*</u> - diagramma con descrizione delle cure effettuate - ricevute originali di pagamento con costi dei singoli trattamenti	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	<b>B) Per il ricovero:</b> - certificato di ricovero - cartella clinica - ricevute originali di pagamento	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	<b>C) Altre prestazioni:</b>	
.....	.....	.....
	<b>TOTALE</b>	_____

**\* I certificati medici devono sempre indicare la patologia accertata o sospetta.**

**IMPORTANTE:** In caso di cure effettuate a seguito di **infortunio**, allegare una **dichiarazione autografa** con indicazione di cause e modalità dello stesso.