

INFORMATIVA
sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli
effetti del Regolamento Europeo UE 2016/679

Gentile Sig./Sigr.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 Regolamento UE 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone giuridiche e di ogni altro ente o associazione 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 informarVi, in osservanza del sopraccitato decreto, che in relazione al rapporto che avete con la nostra struttura, siamo in possesso di alcuni dati a Voi relativi, che possono essere stati acquisiti anche verbalmente. Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 la nostra struttura, in qualità di Titolare, procederà al trattamento dei dati personali da Voi 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.

1. Modalità e finalità del trattamento - I dati forniti, anche particolari (sensibili), 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.

2. Quali sono i suoi diritti – La normativa sulla privacy (artt. 15 -22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

3. Titolare e Responsabile del trattamento - Titolare del trattamento è Siscos – Servizi per la Cooperazione Internazionale (www.siscos.org) con sede in Via G. Parini 7 – 20121 Milano (info@siscos.org).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

SISCOS

**DOMANDA DI RIMBORSO SPESE
PER PRESTAZIONI SANITARIE**

Inviare a: Siscos – Via G. Parini 7 – 20121 Milano

Io sottoscritto/a

indirizzo in Italia Via n° C.A.P. Prov

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,

per la **patologia diagnosticata** (come da certificazione medica allegata)

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 del Regolamento Europeo UE 2016/679 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

ALLEGRO: Consenso trattamento dati personali comuni e sensibili – Generali Italia, compilato e firmato

Non compilare - A cura della SISCOS

| <i>Riepilogo rimborso richiesto:</i> | <i>Moneta locale</i> | <i>Euro</i> |
|--------------------------------------|----------------------|-------------|
| A/B) Spese mediche e di cura | | |
| C) Spese farmaceutiche | | |
| D) Cure dentarie | | |
| E) Ricovero | | |
| F) Altre prestazioni | | |
| Totale | | |

CAMBIO: RIMBORSO IN EURO / .

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

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

*** 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.



La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene i Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari ove indispensabili, al fine di prestare i servizi assicurativi⁽¹⁾ (danni, vita, previdenziali) richiesti o in Suo favore previsti, ivi compresi l'adempimento dei correlati obblighi normativi e la prevenzione di eventuali frodi assicurative.

I soli dati necessari per perseguire i fini suddetti, da Lei forniti od acquisiti da terzi, saranno trattati in Italia o all'estero con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento, o comunque operanti quali Titolari autonomi, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa⁽²⁾.

Sempre nell'ambito del servizio assicurativo prestato, i Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ove necessario a soggetti, privati e pubblici, connessi al settore assicurativo e riassicurativo operanti in Italia o all'estero⁽³⁾. I Suoi dati non saranno diffusi.

Senza i Suoi dati – alcuni dei quali richiesti in forza di un obbligo di legge – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi.

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso di noi ed, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti previsti (rettifica, aggiornamento, cancellazione, opposizione etc) rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 Codice Privacy: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 - privacy@generaligroup.com*

Sul sito della Società troverà l'elenco aggiornato delle informative, dei Responsabili e delle categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati, nonché le politiche privacy della nostra Società.

Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi

Ciò premesso, firmando il presente documento Lei autorizza il trattamento dei dati personali - eventualmente anche sensibili - da parte della nostra Società, la loro comunicazione ai soggetti sopra indicati e il trattamento da parte di questi ultimi a fini assicurativi.

(Luogo e data)

(Nome e cognome leggibile)

(Firma)

NOTE:

1. Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione o di previdenza complementare, raccolta dei premi, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
2. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, ed altri erogatori convenzionati di servizi), società del Gruppo Generali ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
3. Soggetti coinvolti nello specifico rapporto assicurativo (contraenti, assicurati, aderenti, pignoratari, vincolatari), assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

GIPRY100/00

