

**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](http://www.siscos.org)) con sede in Via G. Parini 7 – 20121 Milano ([info@siscos.org](mailto: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**

Inviare a Siscos: E -mail: [assistenza.assicurati@siscos.org](mailto:assistenza.assicurati@siscos.org)

**COMUNICAZIONE DI PRIMA DENUNCIA SINISTRO  
SU POLIZZA MALATTIA E/O INFORTUNI**

**Non valido per le polizze Europ Assistance**

**Da utilizzare per denuncia di infortunio, di gravidanza o in caso di cure di lunga durata**

Inviare il presente modulo via e-mail inserendo il proprio nome senza firmare il documento (non è quindi necessario stamparlo e scansionarlo).

L'invio può essere effettuato anche dall'organismo.

Cognome e nome dell'Assicurato:

E-mail:

ONG / Organizzazione di appartenenza:

Assicurato con:     Polizze per operatori assicurati tramite Siscos  
                           Convenzione M.AA.EE. per volontari / cooperanti

Comunico di aver fatto ricorso a prestazioni sanitarie per:

me stesso     il mio familiare a carico:

(cognome e nome)

Per:

Malattia, a partire dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare certificato medico)  
 Gravidanza, a partire dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare certificato di gravidanza)  
 Infortunio, accaduto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegare dichiarazione di cause e modalità)

***Delego la Siscos a inoltrare opportuna denuncia all'Assicuratore.***

**Allego:**

Certificato medico di diagnosi / di prime cure del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In caso non sia possibile allegarlo è indispensabile inviarlo al più presto via e mail:

[assistenza.assicurati@siscos.org](mailto:assistenza.assicurati@siscos.org)

Dichiarazione attestante cause e modalità dell'infortunio, completa di data, luogo, descrizione dell'evento, prime cure effettuate (es. pronto soccorso, etc.)

*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:** \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI CAUSE E MODALITÀ DELL'INFORTUNIO

**Cognome e nome dell'Assicurato:**

**Infornio del:**

**Luogo:**

**Descrizione dell'accaduto e delle prime cure effettuate:**