

NOTICE D'INFORMATION
relative au traitement des données personnelles,
conformément au Règlement (UE) 2016/679

Madame, Monsieur,

Vous nous avez confié la charge de vous assister dans vos démarches pour obtenir des remboursements ou indemnités auxquels vous avez droit conformément à vos contrats souscrits.

Par la présente, nous vous informons du traitement que l'on peut faire de vos données personnelles.

Préambule – Le Règlement UE 2016/679 (Code en matière de protection des données personnelles) garantit la protection des données personnelles de toute personnalité juridique, personne physique ou morale. Selon ce texte, le traitement des données personnelles de la personne, ci-nommée « intéressé », est assujéti aux principes de correction, de licéité, de transparence et de respect de la vie privée et des droits de l'intéressé.

Conformément au Règlement susmentionné, nous vous informons que, compte tenu du rapport que vous entretenez avec notre structure, nous sommes en possession de certaines de vos données fournies aussi bien par écrit qu'oralement. Conformément à l'art.13 dudit Règlement, notre association, en qualité de Responsable de Traitement, fait usage de vos données dans le respect de la loi, avec la plus grande précaution. Nous mettons en œuvre des procédures et des processus de gestion efficaces qui garantissent pleinement la protection des vos données personnelles.

1. Modalités et finalités du traitement des données personnelles - Les données fournies, qui peuvent être sensibles, seront utilisées pour remplir la tâche que vous nous avez confiée, dans le respect du Règlement, de votre vie privée et de vos droits.

Les données communiquées seront enregistrées, traitées et conservées dans nos archives, papier et informatique, notamment :

- Concernant votre état civil, dans des bases de données informatiques;
- Auprès de sociétés d'assurances, courtiers et intermédiaires, et ce, pour exécuter notre mission, dans le cadre de tâches visant à obtenir des remboursements et indemnités pour vous et vos bénéficiaires.

2. Quels sont vos droits ? – Les articles 15 -22 du Règlement, relatifs à la vie privée, vous garantissent le droit d'accéder vos données. Vous pouvez, en outre, les modifier ou les compléter si besoin, les corriger ou les effacer, ou encore limiter leur utilisation.

Vous pouvez en effet estimer, en raison d'une situation particulière, nécessaire de vous opposer aux traitements de certaines données qui sont traitées de manière automatique dans la cadre des prestations offertes par le contrat auquel vous avez souscrit, dans les limites fixées par le Règlement (art.20).

3. Responsable de Traitement - Le Responsable de Traitement est Siscos – Servizi per la Cooperazione Internazionale (www.siscos.org), dont le siège est Via G. Parini 7 – 20121 Milan, Italie (info@siscos.org)

Vous pouvez enfin, à tout moment, faire valoir votre droit de réclamation auprès des Autorités italiennes, par l'intermédiaire du Défenseur des Droits (Garante Privacy) si vous le retenez nécessaire pour protéger vos données personnelles et vos droits en la matière.

SISCOS



À envoyer à Siscos par e-mail: assistenza.assicurati@siscos.org

DÉCLARATION DE SINISTRE
POUR L'ASSURANCE MALADIE ET/OU ACCIDENTS
Non valable pour les Assurances Europ Assistance
À utiliser pour déclarer un accident, une grossesse ou des soins de longue durée

Renvoyer ce formulaire par mail en indiquant son nom et prénom(s) sans le signer (il n'est pas nécessaire de l'imprimer ou de le numériser).

L'organisme peut se charger de l'envoi.

Nom et prénom(s) de l'Assuré:

E-mail:

ONG / Organisation d'appartenance:

Assuré par: Police pour opérateurs assurés par Siscos
 Convention M.AA.EE. pour volontaires / coopérateurs

J'informe que j'ai eu recours à des prestations sanitaires pour:

moi un membre de ma famille à charge:
(nom et prénom(s))

Pour:

- Maladie, à partir du ____/____/____ (joindre un certificat médical)
 Grossesse, à partir du ____/____/____ (joindre un certificat de grossesse)
 Accident, survenu en date du ____/____/____ (joindre une déclaration des causes et du déroulement de l'accident)

J'autorise Siscos à communiquer une déclaration à l'Assureur.

En pièce jointe:

- Certificat médical de diagnostic / de premiers soins en date du ____/____/____
Si cela n'est pas possible, il faut impérativement l'envoyer au plus tôt par mail:
assistenza.assicurati@siscos.org
- Déclaration attestant des causes et du déroulement de l'accident et comportant la date, le lieu, la description de celui-ci et les premiers soins apportés (ex : Urgences, etc.)

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information qu'on m'a fournie, notice conforme au Règlement Européen UE 2016/679 et j'autorise le traitement de mes données personnelles par SISCOS, en qualité de Responsable de Traitement, exclusivement pour exercer sa mission d'assistance, par les moyens susmentionnés et dans les limites fixées par le Règlement.

Date: _____

Signature: _____

DÉCLARATION DES CAUSES ET DÉROULEMENT DE L'ACCIDENT

Nom et prénom(s) de l'Assuré:

Accident en date du:

Lieu:

Description de l'événement et des premiers soins apportés: