



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



CONVENZIONE EUROPASSISTANCE / SISCOS PACCHETTO COVID -19

**COMUNICAZIONE DI DENUNCIA SINISTRO DI RICOVERO E CONVALESCENZA SU
POLIZZA EUROPASSISTANCE N° 38718Q / N° 38719Q**

Inviare il presente modulo via e-mail all'indirizzo assistenza.assicurati@siscos.org inserendo i dati richiesti. L'invio può essere effettuato anche dall'Ente di appartenenza.

PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F

Codice Fiscale _____

Via _____ Città _____ Cap _____

E-Mail:

Recapito telefonico:

Comunico di aver fatto ricorso a prestazioni sanitarie per Covid-19 per:

me stesso familiare a carico: _____
(cognome e nome)

Ricovero Generico per COVID-19 di almeno 5 giorni, dal ____/____/____ al ____/____/____

Diaria da convalida post ricovero per COVID-19, n° giorni: _____

Delego la Siscos a inoltrare opportuna denuncia all'Assicuratore

IMPORTANTE, documentazione da allegare:

- **ESTRATTO DELLA CARTELLA CLINICA** (L'estratto deve contenere i seguenti elementi: diagnosi di accettazione, anamnesi prossima e remota, foglio di dimissione ospedaliera SDO).

La Compagnia si riserva di richiedere in qualsiasi momento tutte le integrazioni documentali si dovessero ritenere necessarie alla definizione della pratica compresa la produzione degli originali di tutta la documentazione presentata.

COORDINATE BANCARIE PER IL PAGAMENTO

COORDINATE BANCARIE IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PAESE

CIN Eur

CIN Ita

ABI

CAB

NUM. CONTO CORRENTE

Nome del titolare del conto corrente per il pagamento:

N.B.: Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

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: _____