PER L'ASSICURATO

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

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 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 S.R.L. Società Benefit (www.siscosservizi.com) con sede in Via Fabio Filzi, 2 – 20124 Milano (info@siscosservizi.com). 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 SERVIZI S.R.L. Società Benefit

SISCOS SERVIZI

OPERATORI DEGLI ORGANISMI

Redion

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Inviare tramite mail all'indirizzo: sinistri@siscosservizi.com

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:	**Cognome e nome:**	oppure **Organismo:**
Codice SWIFT (solo per conti correnti non Italiani)		

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 .....

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

---

Non compilare - A cura della SISCOS

Riepilogo rimborso richiesto:	Moneta locale	Euro
A/B) Spese mediche e di cura	.....	.....
C) Spese farmaceutiche	.....	.....
D) Cure dentarie	.....	.....
E) Ricovero	.....	.....
F) Altre prestazioni	.....	.....
Totale	_____	_____

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

SISCOS SERVIZI

Redion

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 <u>sempre</u> indicare la patologia accertata o sospetta.***

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