

INFORMATIVA
Sul trattamento dei dati personali
Articolo 13 del D. Lgs 30 Giugno 2003, 196

Gentile Sig./Sig.ra

A seguito dell'incarico di assistenza conferito alla ns. Società Cooperativa 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 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone 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 informarla, in osservanza del sopraccitato decreto, che in relazione al rapporto o relazione che Lei ha con la nostra struttura, siamo in possesso di alcuni dati a Lei relativi, che possono essere stati acquisiti anche verbalmente. Ai sensi dell'articolo 13 D. Lgs.196/03 la nostra struttura, in qualità di Titolare, procederà al trattamento dei dati personali da Lei 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.

Modalità e finalità del trattamento - I dati forniti 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.

Diritti di cui all'Art. 7 - In relazione al trattamento dei dati personali, è possibile esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti di cui all'art. 7 D. Lgs. 196/2003, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazioni di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Titolare del trattamento - Il titolare del trattamento è la scrivente, i cui dati anagrafici sono riportati nella presente informativa.

Responsabile del trattamento - Si informa che la nostra Società Cooperativa, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. 196/2003, non ha nominato apposito responsabile del trattamento dei dati personali.

Trattamenti senza la necessità del consenso dell'interessato - Si precisa che la scrivente, pur in carenza di un Suo consenso, avrà titolo per trattare i Suoi dati personali, con l'eccezione di quelli sensibili, qualora questo si renda necessario per:

- adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- eseguire obblighi derivanti dall'incarico di assistenza assicurativa.

SISCOS Soc. Coop. a r.l.



Società
Italiana
Servizi
Cooperazione
Sviluppo
coop s.r.l.

OPERATORI DEGLI ORGANISMI

N° Rif.
(a cura dell'assicurato)

**DENUNCIA DI MALATTIA E DOMANDA
DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE
Polizza Assitalia n. 50/59/415277**

Inviare a: Siscos – Via Giovanni Devoti, 16 – 00167 Roma

Io sottoscritto/a 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 e corredate
di **certificazione medica di diagnosi**.

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:																				
Indirizzo in Italia: (Via, Cap, Comune)																				
Banca/Agenzia:																				
COORDINATE BANCARIE																				
Paese	Check Digit	Cin	ABI	CAB	C/C															

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, 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

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

. / .

Compilazione a cura dell'assicurato sig./ra

Parità moneta locale / 1 Euro:

Data	Documentazione	Importo (moneta locale)
	A) Per onorari medici: <ul style="list-style-type: none">- certificati medici con indicazione della patologia- ricevute originali di pagamento	
.....
.....
.....
	B) Per analisi, esami diagnostici, materiali di cura, ecc.: <ul style="list-style-type: none">- prescrizioni mediche- ricevute originali di pagamento	
.....
.....
.....
	C) Per spese farmaceutiche: – prescrizioni mediche – ricevute originali di pagamento	
.....
.....
.....
	D) Per spese dentarie: <ul style="list-style-type: none">- certificato medico-dentistico con indicazione della patologia- diagramma con descrizione delle cure da effettuare- ricevute originali di pagamento con costi dei singoli trattamenti	
.....
.....
	E) Per ricovero: – certificato di ricovero – cartella clinica – ricevute originali di pagamento	
.....
.....
	F) Altre prestazioni:	
.....
	TOTALE	_____

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