



Recogida del consentimiento para el tratamiento de sus datos personales en el marco de su afiliación a la AYUDA MISIONERA INTERNACIONAL

Con el fin de controlar el pago de las ayudas de la AMI a su grupo, se le pide que proporcione datos personales y sanitarios a su responsable de grupo. Los datos recogidos están destinados a su responsable de grupo, a los servicios internos de La AYUDA MISIONERA INTERNACIONAL, a sus subcontratistas que participan en la gestión del servicio de ayuda mutua y a sus proveedores de servicios informáticos.

La AYUDA MISIONERA INTERNACIONAL ha confiado su sistema de información a una empresa externa: MSH International. Este socio de confianza garantiza la confidencialidad, disponibilidad e integridad de los datos de acuerdo con las normas.

Estos datos personales son :

- Datos de identificación: nombre, sexo, apellidos, fecha de nacimiento, hijos a cargo, etc.
- Datos sanitarios sensibles: facturas médicas, recetas, documentos de hospitalización, etc.
- Datos personales: Pertenencia a un grupo religioso

Sus datos también pueden ser transmitidos a determinadas estructuras médicas para el establecimiento de la asistencia en particular.

Por último, los datos tratados podrán ser transmitidos a las autoridades competentes, a petición de éstas, en el marco de procedimientos judiciales, en el marco de investigaciones judiciales y de solicitudes de información a petición de las autoridades o para cumplir con otras obligaciones legales.

Tiene derecho a acceder, rectificar, eliminar, limitar u oponerse al uso de sus datos personales en cualquier momento, así como a organizar las instrucciones después de su muerte. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control responsable de la protección de datos personales. El responsable de la protección de datos de la AYUDA MISIONERA INTERNACIONAL puede ser contactado por correo electrónico en dpo@mutuellesaintmartin.fr, o por correo postal en 3 rue Duguay Trouin 75006 París.

Para asegurarse de que da su consentimiento a todas estas disposiciones, le rogamos que devuelva este documento cumplimentado y firmado a su jefe de grupo de la AMI lo antes posible.

Parte que debe completarse y devolverse a su Director de Grupo de la AMI

Título / Nombre / Apellido

Comunidad

Número de afiliación a la AMI (a rellenar por el responsable del grupo si es necesario)

.....

He leído la información anterior y doy mi consentimiento para que mis datos sean tratados por las partes mencionadas.

Hecho en, en