

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INDIVIDUEL POUR LA COLLECTE, LE TRAITEMENT ET LE TRANSFERT
DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ET SENSIBLES**

Je soussigné(e), ☐ Mme ou ☐ M. ou autre : _____

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le (JJ/MM/AA) : ____/____/____ à (Ville) : _____

En ma qualité :

- ☐ Assuré(e) au régime d'assurance maladie mis en place par Ascoma
- ☐ Bénéficiaire de la prestation de gestion de fonds maladies mis en place par Ascoma
- ☐ Représentant(e) légal(e) ou tuteur de :

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le (JJ/MM/AA) : ____/____/____ à (Ville) : _____

Atteste avoir été informé(e) avant la collecte de mes données à caractère personnel, conformément à la réglementation relative à la protection des données au Cameroun :

- ☒ L'identité du responsable de traitement
- ☒ La finalité poursuivie par le traitement envisagé
- ☒ Caractère obligatoire ou facultatif des réponses
- ☒ Des conséquences éventuelles à mon égard d'un défaut de réponse
- ☒ Des destinataires ou catégorie de destinataire de mes données
- ☒ De leur durée de conservation
- ☒ De la possibilité de transfert mes données vers un pays tiers pour la seule finalité présentée

Déclare expressément :

- ☒ Avoir pris connaissance de la notice d'information sur le traitement des données à caractère personnel mise à disposition par Ascoma.
- ☒ Avoir posé les éventuelles questions nécessaires et obtenu les réponses attendues, notamment sur les conditions de traitement, d'exploitation et de sécurisation de mes données
- ☒ N'avoir pas été contraint ni influencé pour donner mon accord

En conséquence, j'autorise Ascoma à :

- ☒ Collectées et traiter mes données personnelles nécessaires pour la gestion de mes prestations maladies
- ☒ Recueillir et traiter les gabarits des empreintes de mes deux index dans les conditions exposées ci-dessus
- ☒ Recueillir et traiter les données via le système de messagerie instantanée mobile tel que WhatsApp...

LIEU ET DATE DE SIGNATURE DE L'ASSURE OU BENEFICIAIRE OU REPRESENTANT LEGAL/TUTEUR (Précédé de la mention « lu et approuvé »)

IDENTIFICATION ET DATE DE SIGNATURE DE L'AGENT ASCOMA CAMEROUN AYANT RECUEILLI LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE (Si signature du formulaire en agence uniquement)

Fait à _____ le ____/____/____

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à nous permettre de gérer votre consentement. Elles sont conservées pendant la durée de validité de votre contrat d'assurance ou prestation de gestion de fonds maladie.

Le groupe Ascoma étant soucieux de la protection des données à caractère personnel de ses clients et collaborateurs en République du Cameroun, conformément à la réglementation sur la protection de la vie privée des personnes, vous pouvez durant cette période exercer vos droits en nous adressant un courrier à l'adresse suivante : Ascoma CAMEROUN – Délégué à la protection des données - 1916 boulevard de la Liberté – BP 544 Douala, ou nous envoyer un mail à dpo@ascoma.com. Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais.