Kalixia AUDIO

ATTESTATION PERSONNELLE

Permettant de bénéficier des avantages du réseau **Kalixia Audio** en tant qu'ascendant d'un adhérent santé (1)

Informations concernant l'adhérent

☐ Madame ☐ Monsieur Prénom : ..... Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Est couvert en santé par ..... et peut, à ce titre, faire bénéficier son ascendant des avantages du réseau Kalixia Audio sur présentation de cette attestation.

Informations concernant l'ascendant

☐ Madame ☐ Monsieur Prénom : ..... Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

(1) Les données transmises par le biais de ce formulaire peuvent être traitées par KALIXIA en sa qualité de responsable de traitement, à des fins de contrôles ponctuels du respect par les professionnels de santé conventionnés au sein de son réseau, de la Charte Qualité des Réseaux KALIXIA et des Conditions Générales de Conventionnement. Ces données sont traitées sur la base de l'exécution du contrat conclu entre l'adhérent et son organisme d'assurance maladie complémentaire.
Dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités, KALIXIA s'appuie sur des produits et des services mis en œuvre par des prestataires spécialisés (hébergeur de données, etc.). Les données à caractère personnel collectées sont traitées par ces sous-traitants, agissant uniquement sur instruction documentée de KALIXIA et ne pouvant être traitées par ses sous-traitants que dans ce cadre.
Les données collectées sont conservées jusqu'à cinq (5) ans après l'utilisation par un ascendant de l'attestation personnelle lui permettant de profiter d'avantages auprès du réseau KALIXIA.
Vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès ainsi qu'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer l'un de ces droits, merci d'effectuer votre demande par e-mail auprès de dpo@kalixia.fr ou par courrier postal en écrivant à : Délégué à la Protection des Données KALIXIA, 122 rue de javel 75015 Paris - FRANCE.

À l'attention du bénéficiaire

Sur présentation de cette attestation à un centre partenaire Kalixia Audio, vous profiterez des avantages suivants :

- des tarifs préférentiels sur toutes les marques d'aides auditives,
- un kit d'entretien offert pour 6 mois,
- une remise de 20 % sur les accessoires de connectivité (chargeurs et kits bluetooth).

Attestation présentée le : .....

À l'attention du centre partenaire :

Sur présentation de cette attestation, vous êtes tenu de respecter tous les engagements qualité et tarifaires du réseau Kalixia Audio.

Cachet du centre partenaire

malakoff humanis
SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE