

FICHE DE TRANSMISSION – LEVEE DE SECRET MEDICAL AXA

Je soussigné,, déclare avoir été informé(e) du caractère confidentiel des données relatives à mon état de santé impliquant l'envoi des documents à caractères médicaux par courrier.

J'autorise dès à présent, Eloïs Assurances à recevoir pour mon compte les informations médicales me concernant et renonce à mon droit au secret médical à son égard ainsi qu'à celui de la compagnie AXA, notamment à me prévaloir de l'article 226-13 du Code pénal.

J'autorise Le service médical à me transmettre par mail toute demande médicale ou de documents permettant la souscription de mon contrat d'assurance.

Adresse mail de l'assuré :

Téléphone portable de l'assuré :

Signature du Candidat à l'Assurance

ALe/...../.....