

FICHE DE TRANSMISSION ELOIS ASSURANCES

Je soussigné,⁽¹⁾, 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, ELOIS assurances (2) 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 MNCAP, notamment à me prévaloir de l'article 226-13 du Code pénal et à les transmettre à MNCAP.

En cochant cette case, je soussigné(e)⁽¹⁾, Candidat à l'Assurance, autorise la communication par la MNCAP à l'intermédiaire en assurance ci-dessus désigné, par mail, de tous les documents utiles à la souscription de mon contrat d'assurance.

En signant ce document, j'autorise le service ELOIS⁽²⁾ à me transmettre tous documents à caractère médical via l'espace sécurisé ELOIS.

- Adresse électronique personnel de l'Assuré :

- Numéro de téléphone mobile de l'Assuré :

Signature du Candidat à l'Assurance

A Le/...../.....

(1) Nom et prénom du Candidat à l'Assurance

(2) Raison Sociale de l'Intermédiaire en Assurance