

Consentement à la transmission et au traitement de données personnelles

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi de faire appel à BIOSERENITY FRANCE afin de réaliser votre Bilan et Examens nécessaire à l'analyse de votre demande de souscription à un contrat d'assurance de prêt auprès de la société SIMULASSUR. A cette fin, BIOSERENITY FRANCE vous propose son expertise médicale pour réaliser l'intégralité de ces examens lors d'une visite à domicile. Afin d'être contacté directement pour la prise de rendez-vous de cette visite, SIMULASSUR doit communiquer certaines de vos données personnelles à BIOSERENITY FRANCE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Je confirme avoir été clairement informé(e) sur le déroulement du service Cardiophy Check-Up proposé par SIMULASSUR et réalisé par la société BIOSERENITY FRANCE.

Je déclare consentir expressément à la communication par SIMULASSUR à BIOSERENITY FRANCE de mes données personnelles suivantes : nom, prénom, adresse postale et numéro de téléphone.

Le présent document sera conservé jusqu'à la clôture de mon dossier chez SIMULASSUR. Il sera traité de manière confidentielle.

Date et lieu :

Signature de l'assuré

(précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé, bon pour accord") :