

Aide individuelle de la Fondation Groupe Mutuel

Formulaire d'autorisation de traitement et de transmission de données

La personne soussignée a effectué une demande d'aide individuelle auprès de Fondation Groupe Mutuel. En même temps, cette personne doit être au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins (LAMal) auprès d'une société représentée par Groupe Mutuel Services SA (Groupe Mutuel Services SA et les sociétés représentées par lui sont désignés ci-après : Groupe Mutuel). Afin de pouvoir traiter cette demande, ces assureurs doivent collaborer pour offrir un service coordonné. Pour ce faire, ils échangent les données mentionnées ci-après dans le but de gérer la demande.

Je soussigné(e) (le cédant)

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA, Localité :

Adresse e-mail :

Autorise par la présente

Groupe Mutuel Services SA et la Fondation Groupe Mutuel à échanger entre eux mes données personnelles (ou celles du représenté), administratives et médicales mentionnées ci-après pour le traitement de ma demande d'aide individuelle (ou celle du représenté) effectuée auprès de Fondation Groupe Mutuel.

Description des données :

- Données personnelles et administratives (prénom, nom, adresse, coordonnées bancaire et/ou postale etc.) ;
- Données sensibles (Factures médicales émanant des médecins ou autres prestataires suisses et étrangers, devis, décomptes de prestations, dernière déclaration d'impôts)

Finalité de la collecte des données

- Par ma signature, je reconnais, avoir été informé(e) du traitement de mes (ou celles du représenté) données personnelles, administratives et médicales par Fondation Groupe Mutuel et Groupe Mutuel Services SA et je donne explicitement et librement mon autorisation à cet effet. De même, j'autorise Fondation Groupe Mutuel et Groupe Mutuel Services SA à échanger des pièces médicales nécessaires à la réalisation du but visé par le présent document. Pour ce faire, je délègue Groupe Mutuel Services SA du secret professionnel vis-à-vis de Fondation Groupe Mutuel. Je délègue également les médecins ou autres prestataires suisses et étrangers du secret médical vis-à-vis de Fondation Groupe Mutuel et de Groupe Mutuel Services SA.
- Par ma signature, j'atteste également que j'ai attentivement lu le présent document et que j'ai compris son contenu. Je donne mon consentement au traitement de mes données librement et expressément. Ce consentement de transmission de données est valable pour toute la durée nécessaire au traitement de la demande.
- Par ma signature, je reconnais que ni Fondation Groupe Mutuel ni Groupe Mutuel Services SA ne peuvent en aucun cas être tenues pour responsable de l'exactitude et du caractère complet des informations fournies à ces dernières tant par l'assuré que par les médecins ou autres prestataires suisses et étrangers.
- Je prends aussi bonne note qu'en cas de refus, toutes voies de recours sont exclues et qu'en cas d'acceptation, l'aide accordée est une contribution exceptionnelle, à bien plaisir et sans reconnaissance d'obligation de notre part.
- Le présent document est régi dans toute son étendue exclusivement par le droit suisse. Tous litiges, différends ou prétentions nés par le présent document ou se rapportant à celui-ci, y compris la validité, la nullité, la violation, ou la réalisation de celui-ci, seront tranchés conformément au droit suisse. Le for judiciaire exclusif sera à Martigny.

Lieu

Date

Signature