

Données médicales

Par la présente, je donne mon consentement explicite à ERGO de traiter mes données médicales (ou le mineur dont je suis le représentant légal) pour les finalités susmentionnées. De plus, je confirme avoir le droit de retirer mon consentement à tout moment. Cela peut toutefois entraver la conclusion et / ou l'exécution du contrat d'assurance.

Nom et prénom : _____

Date : _____

Signature pour accord