



Consentement relatif aux tiers

Vous nous autorisez à partager vos informations personnelles et/ou médicales avec une tierce partie et inversement.

Nous sommes là pour vous aider

+44 (0) 1892 556274

Disponibilité jour et nuit, 365 jours par an.

Définitions des termes et expressions

Certains mots et certaines phrases que nous utilisons dans ce formulaire ont une signification particulière, par exemple lorsque nous parlons de traitement.

Vous, votre, vos : nous utilisons les termes vous, votre, vos pour se référer au membre principal et à tous les membres de votre famille couverts par votre police.

Nous, notre, nos : nous utilisons les termes nous, notre, nos pour se référer à AXA Global Healthcare (UK) Limited, agissant au nom d'AXA PPP healthcare Limited.

AXA : nous utilisons le terme AXA pour se référer à AXA PPP healthcare Limited et/ou AXA Global Healthcare (UK) Limited.

Vous avez la possibilité de nous autoriser à partager les détails administratifs de cette police (tels que, mais sans s'y limiter, les documents généraux et de facturation, le statut de votre adhésion, les souscriptions et versements) et/ou vos informations de santé avec un courtier ou une tierce partie que vous aurez nommé(e) et inversement.

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant AXA.

1 Vos informations

Veillez utiliser de l'**ENCRE NOIRE** et écrire en **MAJUSCULES D'IMPRIMERIE** sur tout le formulaire

Nom

Date de naissance (jj/mm/aa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de membre Veuillez reporter le numéro client/de membre du plan AXA Global Healthcare auquel vous souhaitez que cet accord s'applique dans le champ ci-dessous :

Numéro client/de membre

Suite à la page suivante

2 Avec qui souhaitez-vous que nous partagions vos informations ?

Nom complet du courtier ou de la tierce partie (en donnant le nom d'une ou plusieurs organisations, vous comprenez que nous pourrions communiquer avec chacun de leurs employés [ce qui nous sera utile en cas d'indisponibilité de la personne avec qui vous êtes habituellement en contact]).

Adresse (dont le pays)

Adresse e-mail

3 Consentement

1. J'autorise AXA à partager avec le(s) individu(s) mentionné(s) à la section 2 :

- les détails administratifs de la police me concernant moi-même et les personnes âgées de moins de 16 ans dont j'ai la charge.
- les informations médicales et de santé, comprenant mes réclamations et celles des personnes âgées de moins de 16 ans dont j'ai la charge.

2. J'autorise le(s) individu(s) mentionné(s) à partager avec AXA :

- les détails administratifs de la police me concernant moi-même et les personnes âgées de moins de 16 ans dont j'ai la charge.
- les informations médicales et de santé, comprenant mes réclamations et celles des personnes âgées de moins de 16 ans dont j'ai la charge.

Votre nom complet, en caractères d'imprimerie

Date

Signature

(Ce formulaire doit être signé à la main. Nous n'acceptons pas les signatures électroniques.)

Chaque personne de plus de 16 ans doit faire l'objet d'un formulaire de consentement distinct. Vous pouvez annuler cette autorité à tout moment en contactant AXA.

Veillez envoyer votre formulaire complété à :

Téléchargement ou e-mail sécurisé via : axaglobalhealthcare.com/customer

Fax : +44 (0) 1892 508256

Adresse postale : AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK