

Pour:

"Refuon" – société procurant des services en matière d'information et fournissant des informations à caractère médical.

Mandataire (ci-après: les demandeurs), selon les exigences légales

Sujet: **Renoncement au secret médical**

Je soussigné confirme que j'accorde par la présente à tout employé médical et/ou à tout institut médical et/ou à n'importe quelle personne travaillant au sein de l'institut national d'assurance et/ou à tout employé du secteur social et/ou du secteur relevant du soin et/ou du milieu carcéral et/ou des forces armées, et/ou du Ministère de la Défense et/ou du Ministère de l'éducation et/ou des services psychologiques et/ou des services de la santé, la possibilité de transmettre aux demandeurs tous les détails et tous les documents sans exception qui font référence à ma santé, et/ou à ma situation sociale et/ou à ma situation médicale et/ou à ma situation en matière de réhabilitation et/ou à mes résultats scolaires et/ou qui sont liés toute maladie contractée par le passé ou dont je souffre encore actuellement, et, de la même façon, j'autorise toute compagnie d'assurance à transmettre des éléments matériels et/ou des éléments d'information au sujet des assurances et des requêtes provenant de tout type et/ou de précédents ou futurs accidents, y compris concernant le statut de la requête, la somme à régler et le délai spécifique.

Je vous dispense par la présente, vous et/ou tout médecin et/ou employé de vos employés, et/ou tout institut, qu'il soit général et/ou psychiatrique et/ou spécialisé en matière de réhabilitation hospitalière, et/ou s'agissant de tout service de vos instituts et/ou de tout département du Ministère de l'éducation et/ou des services psychologiques et/ou du Ministère de la Santé, de l'obligation de respecter le secret, chaque fois qu'il s'agit de ma santé, et/ou des conditions liées à ma réhabilitation et/ou à ma situation sociale et/ou à aux soins et/ou à mes résultats scolaires, et je vous autorise par la présente à transmettre toute information liée à un dossier en cours enregistré en mon nom à l'institut national d'assurance, y compris les informations ou les documents concernant les paiements qui me sont versés par l'institut national d'assurance. A ce sujet, je renonce au secret par rapport aux demandeurs et je ne présenterai aucune prétention ou requête de quelque type que ce soit à votre rencontre, concernant la transmission des informations évoquées ci-dessus. Ce renoncement comprend également les listes émanant des médecins que j'ai consultés et qui se trouvent dans les centres d'information de tous les instituts mentionnés ci-dessus.

Nom (prénom + nom de famille): _____ Médecin de famille: _____

Numéro ID: _____ Docteur: _____

Adresse: _____

Numéro d'identité: _____

Centre de Santé: _____

Service: _____

Signature: _____

Nom du témoin et signature: _____