

Déclaration de levée du secret médical médecins/hôpitaux

Le/la soussigné(e)

Nom, prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal, localité _____

délie

le médecin _____

et toutes les personnes
assurées dans la police n° _____

et/ou

l'hôpital/la clinique _____

et toutes les personnes
assurées dans la police n° _____

de même que tous les autres médecins et personnes du corps médical concernés par l'affaire sous-mentionnée (en particulier également pré-traitement et post-traitement) et le personnel administratif.

concernant

le traitement/l'opération _____

du _____

à l'égard de

l'AXA Winterthur en tant qu'assureur responsabilité civile d'entreprise et professionnelle du médecin ou de l'hôpital/clinique susmentionnés de même qu'à l'égard des experts médicaux mandatés par l'AXA Winterthur dans cette affaire de son/leur secret professionnel. En outre, le/la soussigné(e) autorise l'AXA Winterthur de même que les experts médicaux à consulter les documents des assureurs sociaux et privés.

Le/la soussigné(e) est ainsi d'accord que l'AXA Winterthur recherche et utilise des données et des informations nécessaires pour le traitement du cas. L'AXA Winterthur s'engage à les exploiter de manière confidentielle.

Lieu, date _____

Signature _____