|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Autorisation de transmission de mes coordonnées   
à la caisse d’assurance maladie de la Charente-Maritime**

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

J’autorise[[1]](#footnote-1)       à transmettre mes coordonnées à la caisse d’assurance maladie de la Charente-Maritime, pour que je puisse être contacté(e) par un agent de la caisse d’assurance maladie de la Charente-Maritime, afin de bénéficier d’un accompagnement :

* pour la mise à jour de mes droits,
* à l’offre de service (médecin traitant, mutuelle, mon compte ameli, renoncement aux soins…) proposée par l’Assurance Maladie.

J’autorise la caisse d’assurance maladie de la Charente-Maritime, en retour, à informer       du suivi réalisé.

Le       A

Signature de l’assuré(e) :





1. *La loi rend passible d’amende et/ou d’emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article.441-1 du Code pénal).*

   *Les informations recueillies sont utiles à la gestion de votre dossier.*

   *Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d’un droit d'opposition/limitation ou d'effacement. Ces droits s’exercent auprès du Directeur de votre caisse d’assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données (DPO).*

   *En cas de difficultés dans l’application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.* [↑](#footnote-ref-1)