

Date de(s) transport(s)	Motif du transport Consultation, prise de sang, ...	Prestataire/Etablissement Médecin, kiné, podologue, psychologue, esthéticienne, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur...	De Lieu de départ	A Lieu d'arrivée	Moyen de transport utilisé	Montant du ticket ou nombre de km A/R par trajet

Adressez-nous une seule fois ce relevé avant le 31 décembre de l'année suivant l'année des dépenses
Ce document, dûment complété et signé, doit être retourné à votre mutualité régionale

Clauses juridiques

J'autorise ma mutualité à transmettre à MC Assure les données de mon dossier pour les assurés repris dans la police (données administratives, factures et interventions, dossier accident...) afin :

- d'améliorer le traitement et l'exactitude de mon dossier d'assuré
- d'informer les assurés, le cas échéant de manière proactive
- de veiller au respect des conditions du contrat d'assurance et notamment de récupérer ses interventions dans les sinistres avec tiers responsable
- de fournir et gérer ses services d'assurance, y compris en réalisant des statistiques

J'autorise MC Assure à transmettre à ma mutualité les informations nécessaires du dossier MC Assure des assurés couverts par la police pour la bonne application des services et avantages MC et de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

MC Assure ne transmet pas ces données à des tiers sauf dans la mesure où ce serait nécessaire pour l'exécution du contrat d'assurance et/ou pour le respect de droits et d'obligations légales dans le chef de MC Assure (ex. : récupération auprès du tiers responsable).

Je peux obtenir les informations dont dispose MC Assure au sujet des assurés couverts par la police. Je peux demander de corriger ou de supprimer les données inexactes. J'ai le droit de m'opposer à leur utilisation à des fins de marketing direct. A cette fin, j'adresse à la SMA MC Assure une demande écrite, datée et signée avec une copie de ma carte d'identité.